

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

No

562

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri WOLFF

Né le 26 mars 1906 à Beaumont-sur-Sarthe (Sarthe)

**LA POMMADE RÉDUCTRICE COMPOSÉE
DE BROCC
DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS
SES RÉSULTATS — SON MODE D'ACTION**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS (V°)

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

No —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri WOLFF

Né le 26 mars 1906 à Beaumont-sur-Sarthe (Sarthe)

**LA POMMADE RÉDUCTRICE COMPOSÉE
DE BROCC
DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS**

SES RÉSULTATS — SON MODE D'ACTION

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS (V°)

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1931

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LA VASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT..... Pathologie médicale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FEY..... Urologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER.... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique.
 HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOANNON..... Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MILLOT..... Histologie.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LEQUEUX..... Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER.... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.	MATHIEU.....	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL..	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	METZGER.....	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

AUX MIENS

A MON CHER ONCLE

M. CAHEN-SÈNÈQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUGEROT

**Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.**

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre gratitude et de
notre respect.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui a inspiré ce travail. Hommage de
notre profonde reconnaissance.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN

Médecin de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBRÉ

Médecin de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN CATHALA

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. MARÉCHAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONCHY

Directeur technique de la Ligue de Préservation sociale

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELIVET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA POMMADE RÉDUCTRICE COMPOSÉE DE BROCQ DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

SES RESULTATS — SON MODE D'ACTION

INTRODUCTION

Nous avons le dessein de présenter quelques recherches faites à l'instigation de notre maître M. Sézary au sujet du mode d'action des topiques réducteurs. Les phénomènes biologiques qui suivent l'application d'une pommade au goudron avaient déjà donné lieu à d'intéressantes observations de la part de MM. Sézary et Worms ; nous avons poursuivi cette étude en prenant comme réactif la pommade réductrice composée de Brocq. Celle-ci était utilisée depuis deux ans environ par M. Sézary dans le traitement du psoriasis. En raison du nombre de substances réductrices qui entrent dans sa formule et de leur concentration elle avait semblé particulièrement apte à provoquer ces modifications générales de l'organisme que nous espérions révéler.

Au cours de ces recherches tous les psoriasiques justiciables de la pommade réductrice composée de Brocq (ou plus simplement pommade de Brocq) ont été soumis à ce traitement : nous avons été tellement frappé par la constance et la rapidité de l'action curative de ce

topique, que nous avons demandé à notre maître d'élargir notre sujet.

Nous rappellerons ici la composition de ce médicament, nous étudierons ses indications, ses résultats et enfin son mode d'action.

Au premier abord il semble déplaisant de préconiser une pommade. Ajouter un topique supplémentaire à la liste déjà si longue de ceux qu'on emploie contre le psoriasis peut paraître malheureux. Enfin cette médication d'allure empirique devrait céder le pas à une thérapeutique étiologique.

Le traitement de la cause du psoriasis est l'idéal que nous devons tous chercher à atteindre. De nombreux efforts ont été faits dans ce sens ; mais la pratique n'a pas bénéficié d'un résultat décisif : un médicament pathogénique même reste à trouver.

Quant au traitement externe, il comprend des agents très capables de modifier les éléments du psoriasis et de les faire disparaître momentanément ; mais aucun d'eux ne permet d'obtenir des résultats aussi rapides et aussi sûrs que la pommade de Brocq. Les formules composées analogues à celle de cette dernière sont actives : elles ne le sont pas d'une manière aussi constante ; surtout elles nous ont paru en général plus mal supportées et certaines plus dangereuses que le topique par nous employé. Il y a peut-être dans le mélange des éléments quelque chose de spécial qui augmente le rendement et diminue la toxicité.

L'importance sociale du psoriasis, du reste, autorise à publier toutes les améliorations, si faibles soient elles,

à son traitement. Cette dermatose est en effet d'une fréquence extrême : M. Darier estime qu'elle représente 3 à 5 % des cas de la pratique dermatologique courante. Elle frappe avec prédilection les adolescents et les adultes puisqu'elle débute dans 20 ou 30 % des cas entre 20 et 30 ans. Si elle n'est pas dangereuse pour la vie, en général, elle constitue une véritable infirmité qui peut retrancher les patients de l'existence normale pendant des semaines, et qui est pour d'autres la source de pénibles soucis. Des travailleurs sont obligés d'entrer à l'hôpital parce que leur dermatose, mal interprétée, n'est pas admise par un hôtelier soucieux d'hygiène, ou parce que, trop apparente, elle gêne l'exercice de leur métier. Pour ces jeunes femmes, les efflorescences disgracieuses sont responsables de véritables tortures morales. Par tous ces malades le topique qui blanchit rapidement est apprécié comme un bienfait.

Enfin le traitement du psoriasis par la pommade de Brocq nous a permis d'étudier le problème que pose au médecin l'action de tout traitement externe réducteur. Les recherches de M. Sézary, que nous avons poursuivies sous sa direction, ont apporté une première contribution à sa solution.

La connaissance plus approfondie du mode d'action de la pommade réductrice composée nous ramènera au traitement interne dont la mise en œuvre apparaît indispensable dans une affection d'allure aussi générale que le psoriasis.

LES TRAITEMENTS HABITUELS DU PSORIASIS

I. — LES TRAITEMENTS INTERNES DU PSORIASIS

Le plus grand nombre des dermatologistes attribue le psoriasis à un trouble général du fonctionnement de l'organisme.

Cependant l'aspect régulièrement arrondi des lésions, leur évolution centrifuge, la possibilité d'en provoquer l'apposition considérée comme une auto-inoculation, tous ces faits ont fait penser à certains observateurs qu'une cause externe pouvait être la cause de la dermatose érythémato-squameuse.

Nous n'insisterons pas sur les arguments qui infirment cette interprétation : jamais l'histologiste n'a trouvé de microbe dans les micro-abcès des éléments jeunes ; aucun parasite spécial n'a été découvert dans les squames ; il est impossible de réussir une inoculation chez un sujet sain ; enfin l'aspect des éruptions généralisées, l'évolution par poussées, et, pour certains auteurs, l'existence de manifestations articulaires de

l'affection ne permettent pas d'accepter la théorie extrinsèque du psoriasis.

Le traitement antiseptique n'a jamais été sérieusement essayé, avec juste raison.

Au contraire toutes les étiologies infectieuses ou dyscrasiques, toutes les pathogénies ont été successivement invoquées ; elles ont eu pour conclusion une médication particulière. La réussite de ces moyens d'action dits spécifiques a été trop souvent regardée comme un des principaux arguments de cette spécificité même.

Dans un article très intéressant de la *Pratique médicale française* (août 1926) notre maître M. Sézary a mis en parallèle les traitements internes et la pathogénie du psoriasis.

Nous nous inspirerons de cette étude pour présenter ces traitements et en faire la critique.

L'arsenal anti-syphilitique a donné des armes contre le psoriasis.

M. Darier a utilisé les injections intramusculaires d'oxyde jaune de *mercure* ou de calomel avec succès. Brocq s'est servi du biiodure de mercure.

L'*arsenic* sous toutes ses formes, arséniate de soude, arrhénal, cacodylate de soude, arsénobenzène, a été longtemps regardé comme le meilleur médicament interne pour les psoriasiques. De tous les arsenicaux, c'est l'arsénobenzol qui a donné les plus brillants résultats. Dans notre observation 26 on trouve l'histoire d'un blanchiment rapide à la suite d'une injection intraveineuse de cette drogue.

L'arsenic associé au mercure sous la forme d'énésol qui est un salicylarsinate de mercure, a donné à M. Sabouraud le moyen de faire de belles cures. On s'est encore servi d'hectargyre, de la solution de Donovan Ferrari à base d'iodure d'arsenic et de biiodure de mercure.

M. Sézary a observé des succès en employant le bismuth. Brocq a préconisé l'iode, dans une solution iodurée.

Ces réussites nombreuses n'autorisent pas à conclure que le psoriasis est un des aspects de la syphilis acquise ou héréditaire.

Un grand nombre de raisons prouve que l'action des traitements précédemment décrits, n'est pas spécifique : un seul de ces médicaments agit, souvent le moins actif ; l'effet curateur est inconstant chez le même malade au cours de poussées successives ; une récurrence apparaît pendant un traitement heureux au début ; l'échec du traitement antispécifique enfin a été signalé dans les cas où il paraissait le plus indiqué.

En pratique, l'arsenic, le bismuth et le mercure donnent des résultats inconstants : quand ils réussissent ils ne préviennent pas les récurrences.

Certains auteurs ont pensé que le psoriasis était une manifestation atténuée de bacillose ou apparaissait de préférence sur un terrain bacillaire, en se basant surtout sur les caractères des arthropathies. Il n'y a aucune sanction thérapeutique à cette hypothèse très discutable puisqu'il n'existe aucun remède spécifique de cette infection chronique. Vous avons vu des efflorescences

érythémato-squameuses s'atténuer et disparaître au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse.

Le traitement de la syphilis et de la tuberculose donne donc des résultats très aléatoires quand il s'attaque au psoriasis, de même que les observations cliniques éloignent l'idée d'une étiologie spécifique ou bacillaire de cette dermatose.

Les hypothèses pathogéniques ont abouti à un grand nombre de moyens thérapeutiques. Chez la femme, tous les épisodes de la vie génitale ont pu jouer un rôle. On cite des cas où le psoriasis apparaît au cours de la grossesse, d'autres où il disparaît pendant la gestation pour récidiver après l'accouchement. Il est difficile de donner de ces cas une interprétation précise. L'endocrinothérapie ovarienne si aléatoire en général, n'a jamais amélioré un psoriasique.

Les extraits *thyroïdiens* ont donné d'heureux résultats (Dr Darier). L'irradiation de la région antéro-inférieure du cou, la diathermie appliquée à la glande thyroïde ont blanchi des malades. Les relations du mal fonctionnement endocrinien et du psoriasis sont mystérieuses : les myxœdémateux ne sont pas atteints habituellement de cette affection ; d'autre part on a constaté la coïncidence du psoriasis et de troubles hyperthyroïdiens.

Les extraits *surrénaux* n'ont pas été un traitement efficace : les signes véritables d'insuffisance surrénale ne sont pas trouvés chez les psoriasiques dans l'immense majorité des cas.

On a préconisé les extraits *parathyroïdiens*, *hypophysaires*, *orchitiques* associés, *thymiques*. A l'inverse l'irra-

diation des principales glandes endocrines en particulier de la thyroïde de la surrénale, de la rate et du thymus a été essayée.

Walter Brock a recommandé celle du thymus à doses faibles excitantes. Il a remarqué au contraire des aggravations de psoriasis quand il projetait des rayons forts destructeurs sur la région thymique.

Tous ces traitements comportent la plus grande inégalité d'action de l'avis de ceux mêmes qui les ont préconisés. Les irradiations et les traitements électriques nécessitent beaucoup de patience puisqu'il faut les faire pendant quatre à six mois. L'endocrinothérapie ne prévient pas les récidives.

D'ailleurs, elle n'est pas spécifique : très rarement on a établi un rapport valable entre le traitement institué et les troubles glandulaires correspondants.

La cure du psoriasis par l'*insuline* est regardée suivant les auteurs comme une opothérapie, ou comme une médication interne dirigée contre un trouble dyscrasique. Les résultats sont médiocres, d'après Bory, et le traitement n'est pas toujours inoffensif ; les récidives ne sont pas évitées et dans les cas favorables ne sont pas aussi bien influencées que la première atteinte soignée par cette méthode.

D'après Ravaut, Bith et Ducourtioux, seuls paraissent sensibles les malades qui ont des signes d'insuffisance hépatothique :

L'hyperglycémie, l'hypercholestérolémie, et l'hypercholestérolémie, c'est-à-dire l'augmentation du taux de

la cholestérine dans les squames sont cependant rarement observés chez les psoriasiques.

La suralimentation carnée a été accusée par Duncan Bulkley d'être une cause efficiente du psoriasis. Pour Schamberg, l'apport journalier d'azote dans l'alimentation doit être réduit à 4 gr. pour que le traitement de ce trouble nutritif soit efficace. Je connais personnellement un psoriasique qui a été végétarien toute sa vie ; d'autre part des patients soumis à un régime très sévère n'ont pas été améliorés.

Danysz a préparé un vaccin intestinal pour prévenir la filtration à travers les parois du tube digestif des albumoses microbiennes : ces dernières, dit cet auteur, provoquent une intoxication qui est la cause du psoriasis. M. Sabouraud qui a employé le produit en a obtenu des résultats très variables.

D'autres auteurs ont blanchi des malades en leur injectant du *serum de Quinton*, du *serum antitétanique* ou même du simple *serum de cheval* (Louste). Bousquet dit avoir fait avec succès l'*autosérothérapie*.

A côté de ces traitements qui ont la prétention d'être étiologiques ou pathogéniques nous signalerons ceux qui sont empiriques avec franchise. Ils sont surtout chimiothérapiques.

Le *soufre colloïdal*, les *huiles soufrées* dont les injections sont très douloureuses, l'*émitique* ont tous fourni des résultats favorables : mais ce sont des médicaments très variables dans leurs effets et qui réussissent très souvent d'une manière incomplète difficile à interpréter.

Les *sels d'or* ont été complètement abandonnés dans

le traitement des psoriasis. Ils sont trop dangereux et trop peu efficaces.

Les huiles cholestérinées irradiées, les U. V. après l'injection intraveineuse d'une solution d'acriflavine ont été recommandés.

Le *psorhanol*, complexe arséno-bismutho-pyridinique, étudié par Jansion, Debucquet et Pecker est le dernier venu des remèdes chimiques. Au début de son emploi tout au moins, il a permis de réaliser de belles cures. Néanmoins l'amélioration est loin d'être constante.

De cette énumération déjà très longue et pourtant incomplète de la médication interne du psoriasis, nous ne dégageons aucun traitement dont l'action constamment efficace semble due à ce qu'il lutte contre la cause même du psoriasis.

Nous voyons les médicaments les plus variés blanchir les malades. Aucun ne les a jamais guéris. Dans les cas favorables une poussée nouvelle s'amorce parfois avant la fin du traitement interne, quel qu'il soit ; une récurrence n'est pas modifiée par la même thérapeutique.

Cet ensemble de caractères n'est pas le fait des traitements spécifiques, étiologiques ou pathogéniques. Il forme la base d'une explication plus rationnelle du mode d'action de la médication interne du psoriasis.

M. Darier suppose que les traitements décrits plus haut sont désensibilisants. Mais il a remarqué que ni l'autohémothérapie ni la protéinothérapie, qui devraient dans cette hypothèse être particulièrement efficaces, n'agissent habituellement dans le psoriasis.

Nous croyons que tous ces médicaments, si nombreux,

modifient, passagèrement du reste, l'équilibre biologique des humeurs. Ce sont ces changements profonds des réactions de l'organisme qui font disparaître les efflorescences. Les traitements internes du psoriasis fournissent les meilleurs exemples de l'allasso-thérapie, mise en évidence par notre maître M. Sézary.

Pratiquement on est autorisé à essayer l'un d'eux en s'inspirant autant que possible des particularités de l'examen clinique. Mais le plus souvent on sera obligé par l'inconstance des résultats à recourir à la thérapeutique externe.

II. — LES TRAITEMENTS EXTERNES USUELS DU PSORIASIS

Presqu'aucun dermatologiste ne songerait à négliger le traitement externe ; les topiques éprouvés par le temps sont toujours, en désespoir de cause, la base de la thérapeutique du psoriasis.

Pour qu'ils agissent efficacement sur l'élément érythémato-squameux, il est nécessaire de décaper la lésion avant leur application ; il faut enlever la couche de squames parfois si épaisse, imperméable, qui est un obstacle absolu à l'action des onguents.

Pour ce faire, on utilise les bains et les kératolytiques, les bains alcalins et la vaseline salicylée au vingtième en général.

Les topiques actifs peuvent alors être appliqués ; ils appartiennent tous à une classe homogène décrite par Unna, celle des corps réducteurs. Ils se distinguent par des propriétés analogues : à dose faible ils sont kératoplastiques, antiseptiques, décongestionnants et anti-prurigineux ; aux fortes doses ils sont exfoliants et peuvent déterminer une épidermo-dermite intense.

Le groupe des réducteurs comprend par ordre d'acti-

tivité croissante, suivant M. Darier, les sels mercuriels, le soufre et les sulfureux, les goudrons (ichtyol, thiol, tuménol, coaltar, goudron de bois, huile de bouleau, huile de cade), la résorcine, et enfin la chrysarobine et l'acide pyrogallique qui sont incontestablement les plus énergiques.

Ce sont surtout les goudrons de bois, la chrysarobine, et l'acide pyrogallique qui sont employés contre le psoriasis ; les sels mercuriels sont moins actifs mais sont utilisés pour les applications sur les régions où les autres réducteurs ne pourraient être mis sans danger.

Les goudrons de bois sont obtenus par carbonisation en vase clos des troncs de divers arbres.

L'*huile de cade* est au premier rang de ces corps, grâce à sa plus grande efficacité relative.

L'huile de cade a été utilisée sous forme de bains (Balzer). Cette méthode n'est pas très active et provoque assez souvent une éruption papulo-pustuleuse, l'acné cadique.

On sert généralement du glycérolé cadique, comprenant 15, 30, ou 50 % de substance active, ou du cérat cadique à 30 %.

L'huile de cade, comme les autres goudrons, et plus qu'aucun d'eux, améliore ou blanchit les psoriasiques. Mais dans nombre de cas les résultats sont nuls, ou moins bons, ou encore obtenus au prix de nombreux mois d'onctions cadiques.

L'huile de cade présente en outre des inconvénients ; l'un d'ordre social est son odeur désagréable, très forte, pénétrante et persistante ; l'autre d'ordre médical est

sa propriété de provoquer chez certains malades une éruption médicamenteuse. Dans les régions où elle a été appliquée on voit apparaître alors des « papulopustules, rouge brun, centrées par un comédon, assez analogues à l'acné (Darier) ». C'est l'acné cadique qui interdit l'emploi du topique chez les psoriasiques prédisposés, à vrai dire assez rares.

La chrysarobine, ou poudre de Goa, est une substance d'apparence résineuse qui suinte dans les fentes du tronc de l'Andira Araroba.

On l'emploie sous la forme de pommades, de vernis à la traumaticine où elle est incorporée dans la proportion de 5 à 10 %.

La chrysarobine ne devient active qu'à la faveur de l'alcalinité de la sueur. Celle-ci est normalement alcaline aux aisselles, dans l'aîne, entre les orteils ; elle le devient partout dans les transpirations abondantes. Les alcalins augmentent l'absorption du topique. Pour éviter une action trop brutale il faut théoriquement proscrire les bains au carbonate de soude, les savonnages, et les causes susceptibles de provoquer la transpiration.

La *chrysarobine* est un des produits les plus efficaces qu'on puisse employer contre le psoriasis. On obtient avec elle des blanchiments rapides.

Il arrive cependant que certaines éruptions soient rebelles à son action.

Le topique a de nombreux désagréments. Il teint en violet noir les cheveux et le linge, en rouge les ongles. Son usage est impossible au visage car il provoque souvent une conjonctivite intense, due à la souillure

accidentelle de la muqueuse. Il irrite la peau et y produit toujours un certain degré d'érythème.

Le halo violacé, caractéristique, qui est pour M. Darier le témoin de l'activité du traitement est la forme la plus légère de cette complication. Mais souvent l'érythème est bien plus important, parfois même pseudo-phlegmoneux.

La crainte des incidents sérieux, l'inconstance des résultats limitent l'usage de la chrysarobine.

Le *pyrogallol* ou acide pyrogallique est un triphénol préparé industriellement par décomposition de l'acide gallique. Il s'oxyde rapidement à l'air et se colore en jaune puis en brun noir.

Il entre dans la composition de pommades dans la proportion de 5 % environ.

Ce topique très actif est plus difficile à manier que les précédents. Il présente non seulement des inconvénients, mais encore de véritables dangers. Il détruit de linge ; il colore l'épiderme et les phanères en noir : cette action est favorisée par les alcalis. On ne peut utiliser l'acide pyrogallique à la tête et aux régions découvertes.

Surtout il peut déterminer une intoxication véritable : normalement à la suite de l'application de pommade au pyrogallol on constate dans les urines la présence de dérivés phénoliques. Ces produits sont capables d'irriter le rein, de produire une néphrite, et d'autre part, de léser les globules rouges : cette dernière complication se traduit cliniquement par l'hémoglobinurie ou la méthémoglobinurie, les urines rouges ou noires.

Plus tardivement on observe la cyanose et l'asphyxie. l'acide pyrogallique a provoqué des intoxications mortelles.

On recommande ne de pas dépasser la dose de 3 grammes par application. C'est une bonne précaution qui ne doit pas faire négliger une surveillance attentive du patient.

D'autre traitements externes ont été proposés : on a utilisé l'huile de bouleau, moins active que l'huile de cade, mais d'odeur agréable.

Le *soufre*, la *résorcine*, le *naphtol* ont été employés contre le psoriasis du cuir chevelu. Ce sont des traitements palliatifs peu énergiques.

En revanche l'*oxyde jaune de mercure* en pommade à 1/10 associé ou non à l'huile de cade est souvent très efficace, sur certaines efflorescences de la tête.

Les trois médications externes : huile de cade, chrysarobine, acide pyrogallique sont à juste titre le plus souvent prescrites. Elles sont relativement énergiques dans une affection qui fait le désespoir du dermatologiste par sa ténacité.

Mais, outre qu'elles n'agissent pas toujours rapidement ni sûrement, elles provoquent parfois des complications seulement ennuyeuses dans certains cas, dans d'autres sérieuses ou même graves. Des malades qui les ont réclamées les abandonnent et préfèrent se résigner à leur infirmité.

L'introduction moderne des agents physiques dans l'arsenal thérapeutique du dermatologiste a suscité de nouveaux espoirs.

On a utilisé les *rayons ultra-violets* soit isolément, soit conjointement à des applications de goudron (Dubois Morelle) ou de chrysarobine (Masson). Les doses doivent être assez fortes et entraîner une réaction érythémateuse. Le traitement est parfois douloureux et ne semble pas être plus souvent efficace que les pommades habituelles.

L'*héliothérapie* préconisée par Alderson, est encore moins énergique.

Deux méthodes sont très intéressantes tout en laissant place à de sérieuses réserves.

La *radiothérapie*, recommandée par M. Darier a des indications exceptionnelles ; elle doit être appliquée seulement sur les placards isolés circonscrits et rebelles. Elle donne alors de bons résultats mais expose toujours au risque de la radiodermite. Le danger est plus grand encore quand on utilise les vernis ou emplâtres radioactifs, actifs. La radiothérapie n'empêche pas la récurrence ; dans cette dernière alternative le traitement est contre-indiqué. Il n'a guère sa raison d'être pour nous, qui n'avons pas vu de placard, si ancien fût-il, résister à la pommade de Brocq.

L'*électrocoagulation* enfin n'est pas considérée par son auteur comme une médication externe. M. Ravaut détruit par les courants de haute fréquence une ou plusieurs plaques de psoriasis parmi les plus rebelles d'une efflorescence. Non seulement il fait disparaître les éléments traités mais encore il obtient un blanchiment complet.

Ce traitement montre l'action générale indubitable d'un traitement local. Ce n'est pas une méthode assez

supérieure aux autres pour être conseillée pratiquement, car elle ne prévient pas la récidence et laisse à sa suite des cicatrices indélébiles.

Nous n'avons pas hésité à la présenter parmi les traitements externes. En effet, nous croyons qu'elle n'a pas le privilège entre tous ceux-ci, d'avoir une action générale.

Nous pensons montrer au contraire qu'un grand nombre de topiques et surtout la pommade réductrice composée de Brocq modifie l'équilibre biologique et qu'une partie de leur activité thérapeutique résulte de cette propriété.

III. — LES POMMADES COMPOSÉES

L'étude du traitement externe du psoriasis ne nous a pas révélé le topique particulièrement efficace, et bien supporté qui convienne au plus grand nombre de cas.

L'idée était naturelle, d'associer, de conjuguer les réducteurs dans la lutte contre la dermatose. Les pommades ont paru plus efficaces et énergiques que les topiques simples. Leurs formules sont innombrables. Nous ne saurions ni ne voudrions les décrire toutes. Quelques types de pommades consacrés par l'expérience servent de modèles auxquels on change peu.

La pommade de Dreuw associe la chrysarobine, l'huile de bouleau, le savon vert.

Acide salicylique	10 grammes
Chrysarobine.....	} ââ 20 »
Huile de bouleau	
Vaseline	20 »
Beurre de cacao	5 »
Savon vert	25 »

Cette préparation contient 10 % d'acide salicylique,

20 % de chrysarobine, ce qui est une dose excessivement forte ; elle renferme 20 % d'huile de bouleau qui est un goudron de bois à l'action douce. Quant à l'excipient il comprend 25 % de savon vert qui est très kéraklitique et même irritant à cette concentration.

Remarquons à propos de cette formule deux incompatibilités pharmacologiques théoriques que nous aurons souvent l'occasion de retrouver au cours de l'étude des pommades composées. Quatre parties de savon neutralisent une partie d'acide salicylique. D'autre part, le savon favorise l'absorption de chrysarobine et ne devrait pas lui être associé.

Pratiquement ces préparations sont actives et ne sont pas plus irritantes que les pommades simples à égale dose de produit actif.

Cette parenthèse fermée, nous citerons une formule modifiée de la pommade de Dreuw préconisée par M. le P^r Gougerot.

Acide salicylique	5 grammes
Huile de cade ou goudron de bouleau	} à 10 grammes
Oxyde de zinc	
Savon vert	} à 12 "
Vaseline	
Lanoline	

Ajouter ensuite 10 gr. de chrysarobine.

Cette composition renferme une proportion moindre de savon vert.

La pommade de Dreuw est active et a rendu service

dans des cas de psoriasis rebelle : mais elle est très irritante et très difficile à manier. Pour s'en convaincre, il suffit de savoir que les auteurs recommandent de l'appliquer sur des rondelles de coton, taillées à la mesure des lésions, et qu'on maintient avec une bande de toile.

Le topique composé prescrit par M. Darier habituellement est plus complexe :

Acide salicylique	} ââ 1 gramme
Acide pyrogallique	
Résorcine	
Soufre précipité	} ââ 2 „
Huile de bouleau	
Huile de cade	
Vaseline	} ââ 20 à 25 grammes
Lanoline	
Axonge	

Cette pommade contient un plus grand nombre de substances que celle de Dreuw, mais à plus faible concentration. Elle contient 1,2 % d'acide pyrogallique et 5,4 pour % de goudron. Malgré cela elle est mal supportée dans quelques cas.

La formule de Lailler comprend du soufre précipité, de l'huile de cade, du goudron et du savon noir à parties égales. Elle est très difficilement tolérée et peu employée dans le traitement du psoriasis.

Nous venons de passer en revue quelques-unes des principales pommades composées utilisées dans la thérapeutique antipsoriasique.

Toutes ont des qualités analogues : action souvent

énergique et même violente : nous n'insisterons pas sur leurs défauts que nous avons signalés au passage.

Il nous suffit de dire qu'aucune d'elles n'est à la fois assez efficace et dépourvue de danger pour être recommandé comme traitement habituel du psoriasis.

LA POMMADE RÉDUCTRICE COMPOSÉE DE BROCC DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

I. — LA POMMADE REDUCTRICE COMPOSÉE DE BROCC

Nous avons isolé à dessein du groupe des pommades réductrices composées celle de Brocc. Elle seule jusqu'à présent a donné des résultats vraiment encourageants. Elle est préconisée depuis longtemps déjà par Brocc. Il la présente dans ses cliniques (2^e série, p. 174).

« Nous employons aussi beaucoup les goudrons de bois dans le psoriasis, mais presque toujours combinés avec d'autres substances actives, dans des pommades composées que l'on a beaucoup critiquées, mais qui rendent de grands services dans les régions du corps couvertes de vêtements. Nous y graduons les doses d'acide pyrogallique et d'acide chrysophanique suivant les nécessités du cas et suivant la tolérance des malades. Nous recommandons expressément d'y supprimer l'acide pyrogal-

lique dès que les urines prennent une teinte brune ou dès qu'elles renferment des traces d'albumine, d'y supprimer l'acide chrysophanique dès qu'il se forme autour des plaques des taches d'érythème d'un rouge un peu violacé. »

En voici une formule :

Acide chrysophanique	1 à 4	grammes
Acide pyrogallique	2 à 5	»
Ichtyol	} ââ 10	»
Goudron de bois		
Savon noir	1	»
Lanoline	15	»
Vaseline de Chesebrough	25	»

Ce très bon topique n'avait pas encore été appliqué d'une façon systématique. M. Sézary a eu l'idée de l'essayer : après une série de tentatives très surveillées sur des cas de psoriasis rebelle il a reconnu tous les avantages de cette médication.

Il se sert d'une pommade un peu plus complexe dont voici les éléments :

Chrysarobine.....	5	grammes
Acide pyrogallique	2	»
Goudron de bois	} ââ 10	»
Ichtyol		
Acide salicylique	} ââ 1	»
Savon noir		
Lanoline	10	»
Vaseline	30	»

Ce topique, que nous appelons pommade réductrice composée moyenne, type Brocq, est prescrite dans les

cas habituels. Chez certains malades on se sert de la préparation suivante, dont M. Sézary a trouvé la formule dans le service de M. Brocq.

Chrysarobine	10 grammes
Acide pyrogallique	4 »
Ichtyol	} ââ 10 »
Goudron de bois.....	
Savon noir	} ââ 1 »
Acide salicylique	
Lanoline	10 »
Vaseline	30 »

Ces pommades se présentent sous la forme d'un onguent noir, facile à appliquer, à l'odeur de goudron.

Elle contient deux décapants, l'acide salicylique et le savon noir ; quatre réducteurs, l'ichtyol, le goudron de bois, la chrysarobine et l'acide pyrogallique ; l'excipient est fait de lanoline et de vaseline.

L'acide salicylique et le savon noir s'y trouvent dans la proportion de 1,4 % ; le goudron de bois et l'ichtyol dans celle de 14,2 % La pommade moyenne contient 2,8 % d'acide pyrogallique et 7,2 % de chrysarobine. La pommade forte renferme 13,2 % de chrysarobine et 5,2 % d'acide pyrogallique.

Les pharmacologues reprocheraient au topique l'association d'acide salicylique et de savon noir, de chrysarobine et de savon noir. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point.

La principale originalité de cette pommade est la présence simultanée de chrysarobine et d'acide pyrogallique dans sa formule. La pommade de Dreuw est presque aussi complexe mais ne contient pas cependant

d'acide pyrogallique. La préparation de M. Darier ne renferme pas de chrysarobine. Quant à la pommade de Lailler, il n'y entre ni acide pyrogallique, ni chrysarobine. La formule originelle de Brocq même est dépourvue d'acide salicylique.

La pommade réductrice composée contient donc les plus énergiques des substances qui ont été appliquées au traitement du psoriasis en proportion assez forte.

A priori cette préparation semble avoir le maximum de chances de blanchir les éruptions le plus rebelles.

II. — ACTION THÉRAPEUTIQUE

Les résultats qui ont été obtenus par M. Sézary dans le traitement de l'éruption psoriasique par la pommade réductrice composée de Brocq justifient pleinement ces espoirs théoriques.

La mise en pratique de cette médication est très simple ; sans vouloir la codifier étroitement nous indiquerons notre méthode habituelle.

Mode d'application. — Nous prendrons comme exemple la cure d'un psoriasis généralisé de moyenne intensité.

Le décapage des lésions plus ou moins difficile suivant l'épaisseur des squames dure de deux à cinq jours. Le matin le malade prend un bain alcalinisé avec une poignée de carbonate de soude ; il se savonne au savon noir, fait mousser, laisse sécher la mousse pendant 10 minutes, puis se plonge dans l'eau où il frotte les squames pendant 20 minutes. Après le bain et le soir il frictionne énergiquement les éléments de psoriasis avec la vaseline salicylée à 1 pour 20. Il laisse une

couche légère de pommade et met un gilet de coton et un caleçon.

La lésion décapée, on commence les applications de pommade de Brocq moyenne. Pour le cas, très exceptionnel, où il existerait une intolérance, on couvre seulement une partie de l'éruption, les deux membres inférieurs par exemple. Très rapidement on fait une application sur tout le corps sauf au visage et au cuir chevelu. On ne traite pas ces régions, au début. *

Nous mettons la pommade le soir chez les malades qui doivent travailler dans la journée. Avec l'index et le médius protégés par un doigtier en baudruche on prend une petite quantité de topique avec laquelle on masse un élément assez longtemps, comme pour le faire pénétrer dans l'épiderme malade. On traite ainsi toutes les lésions chacune à leur tour.

Avec une quantité modérée de pommade on arrive ainsi à faire des applications très étendues.

Le matin le patient prend un bain alcalin prolongé. Ensuite pour calmer ou prévenir l'irritation on met une couche de cérat frais sans eau auquel on a incorporé un vingtième d'oxyde de zinc.

Action thérapeutique. — L'amélioration est notable dès les premiers jours. Avant le bain, le tégument est d'une couleur brun noirâtre avec des zones franchement noires correspondant aux lésions traitées. Après le bain l'élément dépouillé de ses squames a pâli ; il est entouré d'un halo érythémateux plus ou moins large, dont les contours sont irréguliers et dont les bords flous,

estompés, se confondent insensiblement avec la peau saine ou une zone érythémateuse adjacente. La couleur est rouge sombre, rouge cuivré, et surtout rouge violacé : cette dernière teinte est très caractéristique. Il n'y a pas d'infiltration, pas de prurit. Cette réaction irritative, due à la présence de la chrysarobine dans la pommade manque rarement : il semble peu souhaitable qu'elle n'apparaisse pas, car elle est le témoin de l'action du traitement. Les jours suivants les squames se reproduisent de moins en moins. La teinte de l'élément devient rose, puis blanc rosé ; la lésion s'aplatit ; elle s'amenuise plus ou moins régulièrement. Souvent elle semble déchiquetée et des travées de peau saine paraissent pénétrer de la périphérie au centre. La zone érythémateuse ne s'étend pas dans les cas habituels ; sa limite centrale est bordée par un liseré blanchâtre : la lésion guérit à cet endroit mais l'épaisseur de la couche cornée empêche encore la pommade d'exercer son action irritante.

Le blanchiment est habituellement progressif. Mais nous avons souvent observé une amélioration brusque, accélérée. Si on interrompt le traitement à ce moment les lésions se nettoient rapidement tout de même : c'est un phénomène très particulier, une sorte de crise.

Si la pommade réductrice moyenne paraît insuffisamment active, ce qui est rare, on emploie la pommade forte.

Lorsqu'on n'a pas soigné au début les éléments du visage et du cuir chevelu on les voit parfois rétrocéder en apparence spontanément. Nous aurons à revenir

longuement sur l'interprétation de ce curieux fait. Si les lésions restent stationnaires on applique une pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 pour 10.

Après la guérison de la poussée, il persiste des zones pigmentées brunes centrées par des cercles ou des plaques de peau saine : celles-ci marquent la place des éléments de psoriasis, celles-là sont un reliquat du reste passager de l'érythème chrysophanique.

Les placards de psoriasis infiltrés et rebelles laissent à leur suite une pigmentation qui est parfois assez tenace et disparaît au bout de plusieurs mois seulement.

Complications. — L'évolution peut être modifiée par des complications. Elles sont très rares et sans gravité dans tous les cas que nous avons suivis jusqu'à présent. Pourtant l'association de la chrysarobine et de l'acide pyrogallique nous avait rendu très circonspect et nous redoutions à la fois les accidents qui surviennent au cours du traitement par chacun de ces topiques.

Nous avons observé une exagération de l'érythème chrysarobique normal. Dans un premier groupe de faits le malade se plaint d'un léger prurit : la halo érythémateux est plus large et plus rouge qu'il n'est coutume de voir. Cette irritation fréquente lors des premières applications nécessite un espacement des onctions : elle est calmée par le cérat de zinc ; très rapidement l'accoutumance se fait et le traitement est continué sans incident.

Parfois le prurit est plus intense, gênant le repos du

malade : la rougeur est étendue tirant sur le violet ; il existe un peu d'infiltration ; la chaleur locale est augmentée. L'arrêt du traitement guérit cette réaction à lui seul. On applique le topique sur une région limitée dès que les démangeaisons ont disparu. Si la pommade moyenne est mal tolérée à ce deuxième essai on tente une onction de pommade forte : celle-ci est supportée parfois quand la première ne l'est pas. La réciproque est d'ailleurs vraie. Cet érythème de moyenne intensité survient à n'importe quel moment du traitement. En espaçant les applications du topique, on arrive presque toujours à terminer la cure.

Les formes sévères apparaissent aux premières onctions. Le malade éprouve une sensation d'ardeur douloureuse qui empêche tout repos ; l'érythème se généralise ; le tégument en dehors des lésions est uniformément rouge chaud, mollement infiltré ; on y observe des stries, des lésions de grattage. Cependant il n'y a pas de réaction thermique ; la quantité d'urine est normale. Nous avons toujours observé la guérison de ces dermo-épidermites congestives intenses après l'interruption du traitement : le retour à l'état normal s'effectue en deux à quinze jours au plus. Une thérapeutique simple est instituée : applications de cérat de zinc, autohémothérapie. Si la complication est rapidement jugulée on essaie de reprendre le traitement ; mais dans les cas tout à fait exceptionnels, nous y insistons, où on l'observe, on est généralement contraint de recourir à une autre médication.

Nous avons noté un érythème d'un type un peu spé-

cial : assez brusquement les éléments d'une région sont entourés d'un halo violacé parfois presque noir : il n'y a aucun prurit, aucune douleur. Malgré la continuité des applications de pommade de Brocq cette lésion évolue en huit à quinze jours vers la guérison.

Signalons enfin qu'on peut être consulté pour une fausse complication : sous l'influence du traitement très actif la couche cornée est attaquée profondément et il se produit des failles dans son épaisseur qui sont prises pour des crevasses.

On voit parfois des conjonctivites, mais elles sont très légères : il y a une simple rougeur de la muqueuse et du larmolement.

Une seule fois il y a eu une complication importante par son siège tout au moins : les urines de M^{me} C. (Obs. 7) étaient un peu opalescentes ; l'examen montra des traces d'albumine et quelques hématies. Le traitement fut continué en attendant les résultats de l'examen de laboratoire, car il n'y avait aucun signe clinique inquiétant ; en dépit des nouvelles applications de pommade de Brocq cette irritation rénale ne prit pas d'extension : au contraire elle guérit en quelques jours.

Jamais nous n'avons observé les grandes complications que nous pouvions craindre : il n'y a eu aucun cas d'érythème pseudo-phlegmoneux, de conjonctivite grave, d'hémoglobinurie ou de méthémoglobinurie.

Enfin nous tenons à signaler qu'il n'y a jamais eu de récidives au cours des traitements que nous avons suivis.

III. — RÉSULTATS

Nous présentons 27 observations de psoriasis traité par la pommade réductrice composée de Brocq. Elles concernent des malades qui ont été soignés dans le service ou à la consultation de M. Sézary.

Nous ne ferons pas de pourcentage qui déforme les faits et nous ne multiplierons pas les catégories de cas, arbitrairement.

Si nous voulions donner d'emblée notre impression qui se base sur un très grand nombre de cas suivis, nous dirions que, hormis ceux qui sont intolérants à la pommade de Brocq, tous les psoriasiques sont sensibles à son action et doivent être blanchis sous son influence.

Sur vingt-sept cas nous notons dix-huit blanchiments absolus : ce sont des malades chez qui on a fait disparaître toutes les lésions érythémato-squameuses soignées.

Blanchiments. — La durée du traitement n'est pas moins de douze jours (Obs. 23) et ne dépasse pas un mois et demi. Quatre malades ont été guéris en quinze jours environ (Obs. 14, 19, 20, 23), six en trois semaines

(Obs. 9, 11, 17, 25, 27), cinq en un mois (Obs. 1, 4, 5, 6, 16) et trois en un mois et demi (Obs. 7, 26).

Parmi ces malades nous mettons à part ceux qui n'ont pas eu de poussée antérieure. Ils sont en effet plus sensibles à la thérapeutique quelle qu'elle soit. Sept patients sur dix-huit sont dans ce cas. M. Al. (Obs. 1) a vu débiter son éruption 7 mois avant le traitement ; pendant un mois il a été soigné avec le glycérolé cadique sans résultat. M^{lle} Men (Obs. 14) a eu les premières atteintes du psoriasis 10 mois avant de venir à la consultation : elle a été traitée par le glycérolé cadique, l'autohémothérapie, l'énésol, sans aucun succès. M. Dor. (Obs. 23), malade depuis trois mois et demi, a été légèrement amélioré par les injections intra-veineuses d'érésol. Les autres psoriasiques de ce groupe ont consulté un mois à un mois et demi après le début de l'éruption et n'avaient suivi aucun traitement. Donc, malgré l'aptitude de ces sujets à profiter des soins mieux que d'autres, trois sur sept avaient des efflorescences qui dataient de plusieurs mois et avaient été attaquées sans succès par des agents externes ou internes.

Les autres patients blanchis par la pommade de Brocq avaient déjà eu plusieurs poussées. Ils n'ont pas eu en général un traitement de leur dernière éruption avant la pommade réductrice composée. Cependant M. Bout (Obs. 20) avait eu des applications de glycérolé cadique bien faites dans un hôpital de Nevers et des injections sous-cutanées de cacodylate de soude sans modification de l'efflorescence. M^{me} Dup (Obs. 25) avait été traitée avec une pommade au goudron sans résultat.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler les traitements suivis par ces malades au cours des poussées antérieures, leur résultat, et de rapprocher ces derniers de ceux qui ont été obtenus avec la pommade réductrice composée.

M^{me} Gies (Obs. 4) a été blanchie en huit semaines, en 1930, par la pommade chrysophanique. Quatre semaines de traitement dans le service dont deux seulement furent consacrées aux applications de pommade de Brocq, l'ont guérie.

M^{me} Bourd (Obs. 5) a été soignée autrefois par Brocq et Thibierge ; la vaseline salicylée, une pommade à l'ichtyol, l'huile de cade et une pommade composée l'ont blanchie successivement au cours de traitements d'une durée assez longue qu'il a été impossible de préciser. Les onctions du topique réducteur ont été efficaces en un mois.

M^{me} Cons, (Obs. 7) a été améliorée en quinze jours à Broca par une médication qu'elle ne se rappelle plus ; l'éruption a reparue immédiatement. Elle en a été débarrassée l'année dernière en un mois par la pommade de Brocq. Le dernier traitement a duré un mois et demi.

M. Coq (Obs. 9) réagit bien à n'importe quelle thérapeutique ; mais il préfère la pommade noire à toute autre et choisit le service de M. Sézary parce qu'il est le seul où on l'emploie.

M. Bout (Obs. 20) a été guéri en un mois par le glycérolé cadique (1928). Mais d'une part la pommade de Brocq a agi en 15 jours, d'autre part les applications de ce topique ont été précédées, comme nous l'avons vu,

par un nouvel essai prolongé mais infructueux du glycérolé cadique.

M. Sen (Obs. 26) a suivi des traitements variés. Un seul d'entre eux a été efficace : une injection intraveineuse d'arsénobenzol suivie d'un choc et compliquée d'une érythrodermie légère. En un mois et demi il a été débarrassé d'une éruption excessivement étendue et extensive par la pommade réductrice composée de Brocq.

Nous n'avons pas de renseignement suffisamment précis sur les traitements subis par les autres malades de ce groupe pour en faire état.

Parmi les neuf autres psoriasiques chez qui nous avons étudié l'action du traitement sept ont été améliorés (Obs. 10, 12, 13, 18, 21, 22, 24).

Améliorations. — Ce sont des malades qui sont venus à la consultation ; très souvent nous ne les avons pas suivis complètement ; assez fréquemment le topique a été mal appliqué. Néanmoins nous les gardons dans notre statistique car nous tenons à montrer des cas choisis absolument au hasard.

En dépit de notre répugnance à faire des discriminations subtiles entre les cas traités, nous avons été obligés de noter ces quelques remarques préliminaires. En effet, on ne compare valablement que les traitements faits dans les mêmes conditions.

Au reste, c'est grâce à la qualité de l'amélioration, que les patients cessaient le plus souvent de se soigner activement.

M. Lomb. (Obs. 10) n'avait obtenu aucune amélioration au bout de quinze jours d'onctions quotidiennes. Nous avons eu de suite la conviction que la pommade noire n'avait pas été appliquée : le malade a confirmé cette supposition. Après huit jours de soins bien donnés, il était complètement transformé : tous les éléments avaient pâli, s'étaient aplatis, et n'étaient plus couverts que d'une couche très mince de squames. Nous avons revu ce malade après deux mois d'un traitement qui s'était relâché à la fin ; il avait seulement quelques éléments érythémato-squameux minimes aux avant-bras et aux mains.

M. Delp. (Obs. 12) au bout de deux mois gardait seulement quelques placards très effacés aux deux membres inférieurs.

M^{me} Schro. (Obs. 13) blanchi une première fois presque complètement après un mois de traitement par la pommade de Brocq, a vu réapparaître les lésions insuffisamment soignées, quelques temps après l'arrêt des applications du topique. Il a bien réagi à la thérapeutique la deuxième fois : le dernier examen après un mois de soins ne montrait plus qu'une nappe de très petits éléments lenticulaires surtout squameux, très peu érythémateux, sur le dos et sur le ventre.

M. Eis. (Obs. 18) après trois semaines de traitement n'avait plus qu'un certain nombre de lésions très effacées aux membres inférieurs.

M^{me} Gab. (Obs. 21) a été très améliorée en quinze jours.

M. Lab. (Obs. 22) revu après trois mois de traitement était presque complètement guéri. Il nous a avoué qu'il

avait très mal fait ses onctions : deux fois par semaine au plus.

M^{me} Bal. (Obs. 24) ne présentait plus au bout de trois semaines qu'un certain nombre d'éléments à la partie supéro-externe des cuisses.

Sur les sept malades de ce groupe, trois avaient leur première poussée.

M^{lle} Ei. (Obs. 18) en efflorescence psoriasique depuis sept mois avait appliqué du baume Baissade pendant six semaines et avait été légèrement améliorée.

M^{me} Gab. (Obs. 21) atteinte depuis 6 mois avait été un peu soulagée par une pâte à l'ichtyol et par l'Emgé Lumière.

M^{me} Bald. (Obs. 24) souffrant de la dermatose deux ans avant de venir consulter avait été soignée sans aucun succès par le glycérolé cadique.

Les quatre autres malades, récidivistes, avaient également suivi un traitement avant de nous voir.

M. Lomb (Obs. 10) s'était servi d'une pommade soufrée vainement.

M^{me} Delp. (Obs. 12) avait eu du glycérolé cadique et de la traumaticine à la chrysarobine ; son éruption avait été très peu modifiée.

M. Schr. (Obs. 13), nous l'avons signalé, avait été presque guéri par la pommade de Brocq mais avait eu une rechute pour avoir trop tôt abandonné son traitement.

Pendant les poussées antérieures ces patients avaient été soumis à différents essais thérapeutiques.

M. Lomb. (Obs. 10) avait employé l'oléocade Pépin, la goudroline, infructueusement.

M^{me} Delp. (Obs. 12) avait été débarrassée au cours de la première éruption, d'une grande partie des lésions, par l'huile de cade, la chrysarobine, et l'arsenic pris par la bouche, mais il persistait aux membres inférieurs des lésions indélébiles sur lesquelles seule agit la pommade de Brocq.

M. Schro (Obs. 13) comme le montre son observation complète avait eu de très nombreux traitements ; la première atteinte a été guérie par la chrysine Cavailès. Toutes les autres médications, ou bien n'ont donné aucune amélioration, ou bien ont eu une action très éphémère, c'est-à-dire n'ont pas empêché une rechute en cours même de traitement.

M. Labb. (Obs. 22) avait été guéri en deux mois par des injections intraveineuses de Psorhanol et par la pommade chrysophanique.

Blanchiment. Action d'un traitement mixte? — Nous avons mis à part le cas de M^{me} Ber. (Obs. 2). En effet quatre applications de pommade de Brocq déterminèrent chez cette malade une très forte réaction érythémateuse ; on cessa les onctions avec ce topique ; on employa alors le glycérolé cadique faible. On assista immédiatement, en même temps qu'à la guérison de l'érythème, à la disparition très rapide des éléments de psoriasis. Nous pensons que la pommade de Brocq a eu l'action prépondérante dans cette cure ; nous donnerons nos raisons quand nous discuterons le mode d'action des réducteurs. Provisoirement nous n'avons pas rangé ce cas parmi nos succès car il y a eu un traitement mixte.

Intolérance. — Quant à M. Boc. (Obs. 3) il n'a pas supporté les applications de pommade de Brocq. Il a eu un érythème assez modéré, qui était accompagné d'un prurit et d'une sensation de brûlure telle qu'on n'a pu continuer la médication. Il faut noter qu'il a été blanchi en un mois sans autre soin que des onctions de vaseline salycilée.

En résumé, sur vingt-sept observations, nous trouvons dix-huit résultats excellents, sept améliorations rapides, un cas discutable où l'action de la pommade de Brocq nous paraît la plus grande, une intolérance absolue.

Traitements associés. — Très peu de ces malades ont eu des traitements associés : M. All. (Obs. 1) a eu de l'autohémothérapie : MM. Schr. (Obs. 13) et Dor. (Obs. 23) ont reçu des injections intraveineuses d'énésol, M^{me} Bar. (Obs. 2) a été soignée par le glycérolé cadique.

Il semble difficile de dire la part qui revient à chaque thérapeutique.

Cependant M. All. a eu des piqûres d'autosang à un moment où son éruption était déjà très améliorée ; ce traitement était destiné surtout à calmer les réactions irritatives qui avaient suivi les premières applications de pommade de Brocq.

M. Schr. a eu vingt-quatre injections d'énésol. Mais le psoriasis a évolué parallèlement aux onctions de pommade réductrice. Il avait disparu presque entièrement le 4 avril 31 ; le traitement externe fut interrompu. Malgré la continuité des injections d'énésol, l'éruption

s'étendit à nouveau pour s'atténuer rapidement dès que la pommade de Brocq fût appliquée.

On commença le traitement de la poussée de M. Dor. par les piqûres d'énésol ; devant l'insuffisance des résultats, on utilisa la pommade noire qui nettoya rapidement les téguments.

Sur le cas de M^{me} Ber. (Obs. 2) nous nous sommes déjà expliqué.

On pourrait nous reprocher de ne pas parler des lésions que nous pouvons traiter directement par le topique, celles du cuir chevelu et du visage.

Action à distance. — Nous avons souvent appliqué un autre onguent, tel que la pommade cadique au tiers de M. Sabouraud, ou la pommade d'oxyde jaune de mercure sur les éléments précités.

Cependant, dans de nombreux cas, nous avons constaté, quand le traitement de lésions peu importantes du cuir chevelu avait été négligé, une action à distance indéniable de la thérapeutique réductrice forte. Systématiquement nous n'avons plus soigné, au début, les téguments de la tête. Très souvent le psoriasis y a été guéri, sans traitement direct.

Onze de nos malades nous en offrent un bon exemple. M. All. (Obs. 1) au cuir chevelu, M^{me} Bourd. (Obs. 5) au visage, M^{me} Cons. (Obs. 7) au cuir chevelu, M. Coq. (Obs. 9) au visage, M. Lomb. (Obs. 10) au cuir chevelu, M. Schr. (Obs. 13) à la jambe, M^{me} [Men. (Obs. 14) et Eis. (Obs. 18) au cuir chevelu, M^{lle} Bal. (Obs. 24) au front, M. Sen (Obs. 26) et M^{me} X. (Obs. 27) au cuir che-

velu, ont vu s'atténuer considérablement ou disparaître rapidement les éléments du psoriasis, sans qu'on ait appliqué en onguent vraiment actif.

Nous reviendrons sur ce fait qui a, en dehors de son intérêt pratique, une grande portée théorique.

Complications. — Sur un tel nombre de ces traités, nous n'avons qu'un seul incident un peu sérieux. M^{me} Cons. (Obs. 7) a eu une albuminurie avec présence d'hématie, dans les urines. Ces phénomènes dont nous avons plus haut rapporté l'histoire, ont été très passagers et n'ont pas empêché de continuer le traitement.

A part ce fait nous n'avons noté que des complications bénignes.

A deux reprises, nous avons observé la forme sérieuse de l'érythème chrysophanique : vive rougeur, sensation d'ardeur, agitation, insomnie.

M. Joy (Obs. 3) éthylique avéré avait un psoriasis généralisé prurigineux qui durait depuis trois mois ; il eut deux applications de pommade de Brocq moyenne. La réaction fut tellement vive qu'on interrompit le traitement. Le cérat de zinc calma l'irritation au bout de plusieurs jours, six environ. L'éruption disparut avec rapidité (trois semaines) si bien que le malade reprochait qu'on ne lui eût pas mis de suite la pommade blanche.

M. Boc. (Obs. 8) franchement intolérant eut des réactions très violentes. Il guérit plus lentement comme nous l'avons dit plus haut.

M^{me} Bar. (Obs. 2) eut une dermite du visage et un érythème de moyenne intensité.

Les malades des observations 1, 6, 18, 21, 24, 25, eurent aussi cette forme de l'érythème chrysophanique, qui n'oblige jamais d'interrompre le traitement.

Nous avons remarqué à plusieurs reprises que des lésions irritatives plus marquées que d'habitude avaient pour effet de raccourcir l'évolution du psoriasis.

M^{me} Eis. (Obs. 18) a eu des sensations de brûlure avec érythème diffus aux membres supérieurs ; les éléments avaient complètement disparu sur ces derniers au bout de trois semaines, alors qu'ils persistaient, quoique très atténués, aux membres inférieurs qui avaient très peu réagi aux onctions.

De même, M. Bal. (Obs. 24) qui eut un très violent érythème violacé du thorax, a blanchi plus rapidement dans les zones irritées.

IV. — AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous concluerons l'analyse détaillée des observations que nous avons étudiées en évaluant, d'après elle, les avantages et les inconvénients du traitement du psoriasis par la pommade réductrice composée de Brocq.

Ce topique nous paraît le plus actif de ceux qu'on emploie contre les efflorescences psoriasiques si rebelles. Quand il est bien appliqué on obtient un résultat rapide. Constance, rapidité d'action sont deux avantages primordiaux pour un traitement purement symptomatique.

Les inconvénients de la médication sont de divers ordres.

L'impossibilité de traiter directement les lésions du cuir chevelu est largement compensé par le fait que le topique agit souvent à distance.

Les complications générales sont tout à fait exceptionnelles : elles ne sont pas graves.

Les réactions locales sont rarement très prononcées.

En tous cas une surveillance attentive du malade, l'examen de ses urines, de ses téguments, doit permettre

d'éviter les complications sérieuses et de poursuivre la cure jusqu'à la fin.

Quant aux ennuis pratiques de la pommade noire et malodorante, ils n'ont jamais empêché les malades de recourir à la méthode la plus efficace et la plus rapide.

Les psoriasiques ont l'occasion de montrer leur fidélité au topique réducteur composé : celui-ci ne prévient, pas plus qu'aucun autre remède, la récurrence. C'est là, à notre avis, l'inconvénient majeur du traitement.

Si donc nous possédons dans la pommade réductrice composée de Brocq la meilleure arme, selon nous, contre les efflorescences psoriasiques, nous ne connaissons pas en elle le traitement de l'affection mystérieuse qui a nom psoriasis.

MODE D'ACTION DE LA POMMADE RÉDUCTRICE COMPOSÉE DE BROCC

La pommade réductrice de Brocc est un excellent topique. Elle fait disparaître les éléments du psoriasis. Il serait du plus haut intérêt de savoir pourquoi elle agit.

Le problème du mode d'action des onguents et des pommades n'a pas été posé depuis très longtemps. En dépit des facilités d'observation immédiate qu'offre la peau, peu de branches de la médecine sont restées aussi longtemps empiriques que la dermatologie et en particulier la thérapeutique dermatologique.

La médication antiseptique a été la première dont on ait scientifiquement expliqué le mécanisme. Les topiques qui en font partie détruisent le microbe ou le parasite qui est la cause même de la lésion cutanée.

THÉORIE RÉDUCTRICE

Mais il y a un grand nombre d'affections dermatologiques qui ne sont pas infectieuses et sur lesquelles agissent certaines substances. Unna et son école ont seuls apporté une doctrine cohérente : elle tente d'expliquer l'action d'un certain nombre de ces corps doués des mêmes aptitudes thérapeutiques, par leur propriété

chimique commune de fixer l'oxygène : ces substances s'appelleront réductrices.

La théorie s'applique tout à fait à la pommade de Brocq.

En effet, la chrysarobine, l'acide pyrogallique, le goudron, l'ichtyol entrent tous dans la classe des réducteurs. Tous ces corps sont avides d'oxygène *in vitro* ; l'acide pyrogallique, en particulier, est utilisé en chimie pour l'analyse de l'air. Appliqués sur la peau, ils déterminent une active kératinisation. Les recherches histochimiques ont montré que la transformation de l'éléidine en kératine était la conséquence d'un processus de réduction.

A porter de ces notions de fait Unna a édifié une théorie qui s'efforce d'expliquer d'une manière complète non seulement l'action kératoplastique, mais encore l'action antiphlogistique et calmante des réducteurs.

Leistikow qui a fait connaître au début du siècle, dans un traité de thérapeutique dermatologique, les idées de son maître Unna, décrit en détail l'effet de ces corps :

« Un réducteur faible appliqué sur la peau intacte augmente la kératinisation de l'épiderme d'une façon plus ou moins intense par soustraction d'oxygène.

« Dans les parties profondes, c'est-à-dire dans le corps papillaire et dans le derme, on remarque un rétrécissement des vaisseaux : ce phénomène s'explique probablement par le fait que les cellules des endothéliums vasculaires, accoutumées à être largement pourvues d'oxygène par l'intermédiaire du sang, se dessèchent et se ratatinent : elles se comporteraient en cela comme

des cellules malpighiennes alors qu'un agent extérieur vient leur disputer leur part d'oxygène. Ce rétrécissement vasculaire détermine la sédation de certains symptômes inflammatoires et en particulier de l'état de tension et de gonflement ; consécutivement l'irritation des nerfs se trouve calmée et souvent le prurit disparaît... Grâce à la propriété des réducteurs d'absorber l'oxygène et de favoriser ainsi la kératinisation normale, on peut par leur emploi faire disparaître la desquamation, c'est-à-dire empêcher la formation de nouvelles squames. »

Nous avons tenu à citer intégralement l'auteur ; il s'agit de théories spécieuses et très difficiles à prouver.

Si l'explication de l'action des réducteurs sur la kératinisation s'appuie sur un fait connu, la transformation physiologique de l'éléidine, l'intelligence de leur rôle dans la sédation de l'inflammation n'est aidée que par des vues de l'esprit : le dessèchement, le ratatinement des cellules endothéliales par suite de la privation d'oxygène n'a jamais été reproduit expérimentalement.

L'enchaînement des faits allant de la kératoplastie à la sédation du prurit en passant par la réduction du calibre des vaisseaux est logique.

Malheureusement, il n'est pas seulement impossible à démontrer, mais il ne répond pas à tous les cas cliniques où les substances réductrices trouvent leur emploi.

Unna se rendit compte plus tard de cette difficulté :

«... Il n'est plus guère possible d'attribuer tous ces effets curatifs à l'action chimique de la réduction. »

Il chercha alors dans des expériences très ardues à

résoudre le problème que pose l'action de ces corps. Il arriva à la conclusion paradoxale, si on se rappelle les explications précédentes d'une si minutieuse précision, que certains réducteurs doivent être oxydés au préalable pour avoir leur action curative la plus favorable.

Ainsi le pyrogallol non oxydé attaque la peau saine et provoque des phénomènes d'intoxication tandis que le pyrogallol non oxydé, ou pyraloxine ne produit pas ces violents effets, et limite son action aux régions malades.

En revanche, le pouvoir curateur de la chrysarobine est dû vraiment à ses propriétés chimiques réductrices : car cette substance oxydée n'est presque plus active.

Les expériences de Unna ont fait accomplir des progrès importants dans la pharmacologie du pyrogallol et de la chrysarobine.

Mais on ne peut plus conclure des propriétés chimiques d'un corps à sa valeur thérapeutique. Si une même lésion peut être améliorée par une substance dite réductrice oxydée et par une substance de la même famille non oxydée, dire que dans le deuxième cas seulement « l'effet curatif est réellement basé sur l'action réductrice », c'est se payer de mots.

La théorie de Unna a été féconde : elle a été le point de départ d'innombrables recherches d'histochimie et de pharmacologie ; elle a permis de préciser la forme sous laquelle certains médicaments sont le plus efficaces. Elle est d'inspiration scientifique : il y a très probablement des rapports définis entre la composition des topiques et celles des lésions qu'ils améliorent ; mais les propriétés

chimiques de la peau saine et malade sont tellement complexes et si mal connues encore qu'il est prématuré d'édicter les lois de l'action thérapeutique. Du reste les propriétés physiques et physico-chimiques des corps en présence jouent aussi un grand rôle comme l'ont démontré toutes les recherches modernes de pharmacodynamie.

Tout en rendant hommage aux grands travaux de Unna on ne peut pas dire si sa théorie des réducteurs contient une part de vérité.

On est contraint, dans l'état actuel de la science, de faire abstraction des hypothèses reposant sur des combinaisons chimiques difficiles à démontrer.

L'observation des conditions dans lesquelles agissent l'acide pyrogallique, la chrysarobine et les autres corps de la même catégorie est très instructive : la pommade composée blanchit le mieux les efflorescences psoriasiques quand elle détermine un certain degré d'érythème. Il y a toujours, nous l'avons vu, un halo érythémateux autour de l'élément traité. Cette coloration rouge violacée périlésionnelle est un véritable témoin qui indique si le traitement est suivi ou non. Il est vrai que la pommade de Brocq est toujours active. Mais si on emploie par exemple un onguent à la chrysarobine, dont l'action est moins constante, on voit la coïncidence des bons résultats et des phénomènes d'irritation. M. Darier insiste bien sur ce fait : « La chrysarobine n'agit qu'à la condition de produire un érythème. »

Il n'y a pas de rapport constant entre le degré de

la rougeur et celui de l'effet curateur. Néanmoins, M. Joy. (Obs. 3) a eu une violente dermite artificielle : il a guéri après deux applications de pommade de Brocq.

M^{lle} Eis. (Obs. 18) a eu un érythème des membres supérieurs ; en trois semaines les éléments des bras et des avant-bras avaient complètement disparu. Aux membres inférieurs où les applications avaient fait naître autour des lésions le halo violacé habituel, il restait encore des placards érythémato-squameux.

M^{lle} Bal. (Obs. 24) a eu une très vive irritation du thorax : le psoriasis était complètement éteint à cet endroit au bout de vingt-et-un jours.

Cet ensemble de faits démontre que l'action de la pommade de Brocq dépend dans une certaine mesure des phénomènes réactionnels que celle-ci détermine sur la peau. Il s'agit peut-être d'une irritation substitutive, suivant l'expression de M. Sézary.

Cette hypothèse n'autorise pas à édifier une théorie complète du mode d'action du topique ; il reste à trouver la nature intime du processus irritatif et le problème physico-chimique reste entier. Mais elle est acceptable comme point de départ de nouvelles recherches, car elle répond aux observations cliniques.

Néanmoins ces deux manières d'expliquer l'action des réducteurs, ne sont pas à l'abri de la critique quand on étudie en détail les cas traités.

Certains malades ont été améliorés très vite et n'ont pourtant pas eu d'érythème important. M. Coq. (Obs. 9) blanchi en vingt jours, M. Bout. (Obs. 20) n'ont pas eu

d'autre réaction que la zone rouge violacée périphérique normale.

A vrai dire, la différence des réactions suivant les malades peut être expliquée par des aptitudes personnelles, indépendantes de la thérapeutique externe. Il est difficile d'interpréter ces cas et de dire ce qui revient au patient et au traitement.

Mais on aperçoit qu'il faut discuter dans la recherche du mode d'action de la pommade de Brocq un coefficient d'ordre interne.

Et surtout la réduction chimique locale des lésions de la peau, l'action directe sur chaque élément, ne peuvent rendre compte des améliorations à distance observées dans certains cas.

Plusieurs de nos observations offrent un exemple de guérison des lésions sans aucune application directe d'un topique.

Celle de M. Sen. (Obs. 26) est démonstrative. Le malade atteint de psoriasis depuis trente ans avait eu de nombreuses poussées généralisées. Dans leur intervalle, la peau était indemne sauf au cuir chevelu où il y avait toujours des lésions érythémateuses et très squameuses.

La dernière crise fut très violente : la pommade de Brocq fut alors appliquée partout, sauf au cuir chevelu naturellement ; aucune pommade, même la vaseline salicylée, ne fut mise à cet endroit.

Malgré l'intensité du psoriasis le traitement eut une bonne action sur tous les éléments.

Le plus remarquable fut qu'au bout de quinze jours, alors que les lésions du corps étaient encore en activité,

celles du cuir chevelu avaient complètement disparu.

M^{me} Bal. (Obs. 24) avait depuis deux ans un psoriasis dont les éléments étaient répandus sur tout le corps et même sur le front. Après trois semaines d'onctions avec la pommade de Brocq, pratiquées sur les membres et le tronc et l'abdomen, il n'y avait plus trace d'éruption sur le haut du visage pour lequel on n'avait prescrit aucune thérapeutique spéciale.

Cette action à distance, si importante qu'il suffirait d'un seul cas net pour soulever toute la question, nous l'avons trouvée chez onze de nos vingt-sept malades.

M. Al. (Obs. 1), M^{me} Bourd. Obs. 5), les psoriasiques des observations 9, 10, 13, 14, 18, 24, 25, 26, bénéficièrent tous d'une amélioration de certaines lésions en dehors des zones traitées.

Evidemment, il est difficile d'écarter l'idée d'une guérison spontanée se produisant pendant le traitement. Il n'y a pas de test permettant de juger cette question.

Cependant, dans nombre de cas, les lésions blanchies étaient réfractaires depuis plusieurs années : admettre une coïncidence est alors tendencieux. D'autre part, les éléments du cuir chevelu sont très rebelles à tout traitement. Quand ils disparaissent au cours des applications de pommade de Brocq, on ne peut se défendre d'établir un rapport de cause à effet entre le traitement et la guérison à distance.

Ainsi il nous paraît certain que les onctions de pommade réductrice composée peuvent déterminer des modifications de la santé générale.

Ce fait, d'une très haute portée, n'est pas isolé en dermatologie : les observations se sont multipliées ces dernières années, où une médication locale provoquait une action à distance. Nous citerons le traitement des verrues planes juvéniles par l'irradiation d'un seul élément, la cure des eczémas mycosiques par celles des lésions initiales interdigitales. Surtout nous rappellerons ici l'autodermothérapie de M. Ravaut, qui a été expérimentée dans le traitement du psoriasis. Nous avons vu que cette méthode consiste à détruire par l'électrocoagulation un ou plusieurs éléments érythémato-squameux ; on obtient ainsi assez souvent la guérison de l'éruption tout entière.

Tous ces résultats montrent à l'évidence que les traitements externes n'agissent pas uniquement à titre destructeur, antiseptique réducteur ou irritatif. Ils provoquent une réaction de tout l'organisme.

Celle-ci joue aussi un rôle très probable dans les modifications de l'élément traité directement.

Le mécanisme de cette action générale, si manifeste dans le traitement du psoriasis par la pommade de Brocq, doit être élucidé. Très peu de travaux ont été destinés à cette étude.

THÉORIE HUMORALE

Cependant M. Sézary au cours des recherches qu'il a faites sur les médications désensibilisantes, s'est demandé si le traitement local ne provoquait pas de changement tumoral.

« ... Plus récemment, nous avons recherché si la

simple application sur la peau saine ou malade de diverses substances dont l'action jusqu'ici a été attribuée à leurs propriétés réductrices *in situ*, ne provoque pas de semblables répercussions générales, et en particulier si le traitement local ne détermine pas un phénomène de choc ». (A. Sézary et R. Worms). »

M. Sézary a poursuivi avec R. Worms des expériences qui ont donné d'emblée des résultats très intéressants confirmant pleinement ses vues théoriques.

Il a recherché, après application sur la peau de divers corps, la crise leucopénique. Chez 18 malades atteints d'eczéma, une pommade contenant 5 % de goudroline, a été appliquée. Quatorze fois il y a eu une diminution du nombre de globules blancs, légère chez cinq d'entre eux (entre 1.000 et 2.000). plus marquée chez quatre (chute comprise entre 2.000 et 3.000), considérable enfin chez cinq (diminution de 4.000 à 5.000).

L'huile de cade sous la forme de glycérolé cadique à 5 % a été essayée chez quatre sujets atteints également d'eczéma : les résultats ont été moins constants ; il y a eu deux crises leucopéniques légères, une hyperleucocytose, un état stationnaire.

La goudroline provoque une réaction générale, non seulement quand elle est appliquée sur une lésion, mais encore quand elle est mise sur la peau saine. Trois sujets soumis à cette épreuve ont eu une crise leucopénique avec des chutes de 1.500 à 3.000 globules blancs.

En revanche, une crème simple (lanoline, vaseline, eau de chaux ââ) ne détermine aucune modification humorale chez huit malades.

M. Sézary a fait remarquer en outre que deux malades n'ayant pas eu de crise leucopénique après l'application de goudroline venaient de finir un traitement désensibilisant.

L'observation la plus remarquable est celle d'un patient qui ne réagit pas au cours de plusieurs examens de sang : parallèlement la goudroline n'agissait pas sur l'eczéma. Après un mois d'interruption, l'application du réducteur détermina une crise hématique nette et en même temps on constata la reprise de l'activité curatrice de celui-ci.

Nous avons relaté en détail ces observations et ces épreuves car elles sont les premières qui aient été faites pour éclaircir le mode d'action interne des topiques réducteurs.

C'est à la suite de ces travaux que M. Sézary nous a conseillé de voir si les malades soumis au traitement par la pommade de Brocq présentaient des phénomènes de choc après les applications du topique.

Nous avons fait dix-sept épreuves, chez onze malades. Parmi les nombreux témoins de la crise hémoclasique nous avons choisi de mesurer la crise leucopénique. Il est difficile en pratique de chercher tous les éléments de la perturbation humorale : chute de la pression artérielle, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, raréfaction des hématoblastes, baisse de l'indice réfractométrique du sérum, hypercoagulabilité, rutilance du sang veineux. De l'avis d'un de ceux qui ont le plus étudié ce phénomène, Pasteur Vallory-Radot « l'élément principal de la crise est la chute leucocytaire et bien

souvent, quand la crise est peu prononcée, c'est par ce seul signe hématologique qu'elle se met en évidence ».

Nous avons souvent dans nos épreuves recherché l'hypotension : elle existe presque toujours mais n'est pas aussi constante que les variations du chiffre leucocytaire.

Quant à la formule blanche, chaque fois que nous avons fait des lames, elle nous a donné des proportions très peu variables.

Nous donnerons donc surtout le résultat des numérations globulaires. La leucopénie a cependant été très discutée comme test de choc. Certains lui déniaient toute valeur. Kjer Petersen, dit que, si l'on compte les globules contenus dans des gouttes différentes d'une même pipette, on obtient des résultats très éloignés les uns des autres : ce phénomène est dû à l'hétérogénéité du sang, selon lui. Pour d'autres auteurs, les variations physiologiques du nombre des leucocytes sont trop nombreuses et trop importantes pour qu'on pût tenir compte de la crise leucopénique. En effet bien des causes sont susceptibles de modifier le nombre des leucocytes : mouvements répétés ou brusques, cris, inspiration et expiration forcée, variations brusques de la température, émotion. Les détails de technique ont leur importance : il ne faut pas que le doigt soit froid ou couvert de sueur ; on pique la même région au cours d'examen successifs : on évite absolument d'appuyer fortement sur la pulpe du doigt pour exprimer le sang ; cette manœuvre provoque une stase et en même temps une dilution qui créent des perturbations importantes de l'équilibre leucocytaire ; il faut toujours se servir de

la même pipette et de la même chambre de Malassez. Enfin on n'examinera pas la première goutte plus riche en leucocytes, mais la deuxième ou troisième, en tous cas toujours la même au cours d'une épreuve.

Plichet, qui a étudié dans un très important travail la leucocytose digestive, a fait de nombreuses numérations globulaires chez un homme sain à jeun depuis 6 heures, immobile dans un laboratoire à température constante ; la courbe leucocytaire normale qu'il a obtenue, n'est pas plane mais les variations du nombre des globules blancs ne dépassent jamais mille. Robert Worms a observé les mêmes résultats.

En se mettant à l'abri des causes d'erreur connues, on peut donc considérer la crise leucopénique comme un test valable.

Dans ces conditions, toute augmentation ou diminution du nombre des globules blancs dépassant mille ou quinze cents sont anormales.

Nous avons employé la technique suivante :

Le malade était à jeun depuis la veille au soir ; le matin il restait au lit. Nous lui faisons la première prise de sang ; immédiatement après on appliquait sur une région malade en frictionnant légèrement la pommade essayée. Nous faisons la deuxième piqûre de trente à cinquante minutes après. En effet l'expérience acquise par M. Sézary et Robert Worms nous avaient appris que le maximum de la réaction hématologique se trouvait à ce moment. Cependant nous avons fait quelques examens en série de quart d'heure en quart d'heure et nous avons la certitude que la technique précédemment

décrite nous a fait passer à côté de quelques crises leucopéniques. Mais pour des raisons pratiques, il nous a été impossible de suivre un autre protocole.

La pommade de Brocq a été utilisée treize fois.

Dix fois il y a eu une leucopénie :

Deux fois la chute leucocytaire a été très légère (1.100, 1.000).

Sept fois elle a été moyenne (de 1.500 à 2.400).

Une fois elle a été forte (4.200).

Chez deux malades l'application du topique a été suivie d'hyperleucocytose légère (1.500, 1.200).

Un patient enfin n'a pas eu de réaction (400).

Auparavant une numération avait montré chez ce même patient une diminution de 2.300 leucocytes après l'onction de pommade de Brocq.

Nous avons recherché s'il y avait un lien entre les modifications hématologiques et le succès du traitement.

Parmi les malades qui ont eu une très légère leucopénie, l'un (Obs. 3) a eu un très violent érythème médicamenteux externe : il a guéri en trois semaines ; le chiffre initial de 12.000 globules blancs est peut-être lié au prurit intense que présentait le malade. L'autre (Obs. 6) a été blanchie en un mois.

Me Bert. (Obs. 2) qui eut une très forte leucopénie a vu disparaître son éruption en trois semaines.

Dans six cas où l'abaissement du chiffre leucocytaire a été d'importance moyenne, le résultat thérapeutique a été bon.

Dans le septième cas du même groupe, celui de M. Boc.

(Obs. 8) le traitement par la pommade de Brocq a été suspendu dès la deuxième application ; une première épreuve avait montré une augmentation de quatre cents leucocytes, c'est-à-dire l'absence de toute réaction.

Les deux psoriasiques qui eurent une hyperleucocytose sont parmi ceux auxquels la thérapeutique réussit le mieux. M. Coq. (Obs. 9) guérit en trois semaines, de même que M^{me} Mar. (Obs. 27). Signalons que, dans ce dernier cas, on nota une hypotension artérielle ; la pression descendit de 14-7 à 13-7.

Il n'est pas encore possible, d'après nos observations, d'établir un rapport précis, permettant de porter un pronostic, entre les résultats de l'examen hématologique et l'évolution du psoriasis sous l'influence du traitement.

Il nous a paru très important de chercher si le topique déterminait parallèlement une action à distance et un choc net ; ou si les malades chez qui on n'observait pas d'amélioration dans les régions non traitées n'avaient aucune réaction biologique.

M^{me} Ber. (Obs. 2), dont la chute leucocytaire atteignit 4.200 eut une amélioration très médiocre des lésions du cuir chevelu.

M. Joy. (Obs. 3) dont la leucopénie fut de 1.000, garda intacts les éléments des téguments de la tête. On avait laissé sans soin le visage de M^{me} Del. (Obs. 6), Après quelques jours, où le psoriasis du corps fut traité, il y eut une réaction érythémateuse très vive autour des éléments de la face qui eurent tendance à s'agrandir : on fut obligé d'appliquer la vaseline sali-

cylée. Dans ce cas, où l'action à distance fut au moins nulle, il y eut un abaissement de 1.000 globules blancs, comme dans l'observation précédente.

M. Boc. (Obs. 28) qui fut intolérant au traitement eut, lors d'une première épreuve, une crise leucopénique, et n'eut aucune réaction à l'examen suivant.

D'autres malades eurent une chute leucocytaire de moyenne intensité : M. Al. (Obs. 1) vit disparaître les lésions du cuir chevelu ; M^{me} Gies (Obs. 4), celles du cuir chevelu et du visage ; M^{me} Bourd. (Obs. 5), celles du visage ; M^{me} Cons. (Obs. 7) et M. Lomb. (Obs. 10) enfin, celles du cuir chevelu.

Enfin M. Coq. (Obs. 9) et M^{me} Mar. (Obs. 27) qui réagirent en hyperleucocytose virent guérir sans traitement qui les éléments de la face, qui ceux du cuir chevelu.

Deux faits nets semblent émerger de cette statistique. Dans deux cas où l'action à distance a été nulle l'abaissement du chiffre des globules blancs est à la limite des variations physiologiques normales. Chez les deux malades qui ont eu une hyperleucocytose les lésions de la tête non traitées ont guéri. Naturellement nous n'essaierons pas de dégager des lois de ces quelques observations.

A côté de ces épreuves faites après application de pommade de Brocq, nous avons fait quelques expériences en utilisant la pommade chrysophanique ou pyrogallique.

La pommade pyrogallique a été mise une fois (Obs. 4) : elle a déterminé une très forte leucocytose (5.100).

La chrysarobine a été essayée trois fois. Deux fois

N° des observations	Date	1 ^{re} Numération	1 ^{re} Tension	2 ^e Numération 1 /4 heure après	2 ^e Tension
Obs 1	14 février 1931	9.000			
Obs 2	3 mars	10.200			
Obs. 3	15 février	12.000			
Obs. 4	6 mars	10.000	13,5-6,5	7.600	11,5-6,5
	8 mars	8.600	12,5-6	1.800	12-6
	10 mars	7.500	12,5-6	7.800	12-6
Obs. 5	11 avril	10.400			
	16 avril	10.000			
Obs. 6	30 avril	8.200	14-8		
	2 mai	9.400			
Obs. 7	1 ^{er} mai	8.000			
	4 mai	7.700			
Obs. 8	3 mai	10.000			
	6 mai	7.500			
Obs. 9	10 juin	4.200			
Obs. 10	30 mai	8.200			
Obs. 27	3 juillet	4.900			

Numé- ration 50 m. rés.	3 ^e Tension	Différence entre les N. ex- ternes	Résultats thérapeutiques	Action à distance	Topiques
600		— 1.500	Blanchiment. 1 mois	Cuir chevelu	P. de Brocq
000		— 4.200	Blanchiment 3 semaines	Médiocre	P. de Brocq
000		— 1.000	Blanchiment 3 semaines	Nulle	P. de Brocq
800	12,1-6,5	— 2.400	Blanchiment. 1 mois	Nulle	P. de Brocq
900	12-6	+ 1.300			P. chrysophanique
600	12-6	+ 5.100			P. pyrogallique
700		— 1.700	Blanchiment 1 mois	Visage	P. de Brocq
300		— 1.500			P. de Brocq
7100	12 -8	— 1.100	Blanchiment 1 mois	Nulle	P. chrysophanique
9600		+ 200			P. de Brocq
5600		- 2.400	Blanchiment 1 mois 1/2	Cuir chevelu	P. chrysophanique
7500		— 200			P. de Brocq
0900		— 400	Intolérance	Intolérance	P. de Brocq
5200		— 2.300			P. de Brocq
5700		+ 1.500	Blanchiment 20 jours	Visage	P. de Brocq
6700		— 1.500	Très grande amélioration	Cuir chevelu	P. de Brocq
6100		+ 1.200	Blanchiment	Cuir chevelu	P. de Brocq

(Obs. 6, 7) il n'y eut pas de réaction (200). Dans un cas (Obs. 4) on nota une hyperleucocytose de 1.300.

Chez une de nos malades, qui blanchit très rapidement sous l'influence de la pommade de Brocq, on fit des épreuves successivement avec cette dernière, avec la pommade chrysophanique et pyrogallique. La pommade composée produisit une leucopénie, les deux autres topiques une hyperleucocytose.

Nous consignons les résultats de ces épreuves dans le tableau ci-contre où ils apparaîtront plus clairement.

Presque toutes les numérations que nous avons pratiquées nous ont montré l'existence après l'application de la pommade de Brocq, une crise hématique nette, le plus souvent une leucopénie, parfois une hyperleucocytose. Les autres réducteurs forts, chrysarobine et acide pyrogallique, déterminent également une modification de l'équilibre leucocytaire.

Ces perturbations sanguines sont pour nous le témoin biologique d'une profonde modification humorale.

La crise colloïdoclasique typique avec son ensemble de signes : leucopénie, hypotension, inversion de la formule leucocytaire, baisse de l'indice réfractométrique du serum, rutilance du sang veineux a été observée chez les malades hypersensibles ; dans de nombreux cas ce sont les tests humoraux qui ont servi à découvrir l'antigène responsable des manifestations cliniques. La voie d'introduction peut être très variée : les plus grands chocs succèdent, comme on sait, aux injections parentérales.

Néanmoins depuis longtemps on connaît des cas

d'anaphylaxie ou d'hypersensibilité où l'antigène a été appliqué sur les téguments.

La mémorable observation de Widai, Abrami et Brissaud traçant l'histoire clinique et biologique d'un eczéma par contact avec l'émétine a commencé la série des publications de cas analogues.

Gougerot et Blamoutier ont décrit une intolérance anaphylactique à l'huile de cade. La crise vasculo-sanguine était très nette après l'application de cette substance et la désensibilisation par les onctions avec des doses minimales du médicament a réussi.

Ces mêmes auteurs ont vu une dermite eczémateuse professionnelle due à la poudre de palissandre. Le malade qu'ils ont étudié maniait plusieurs bois et la recherche de la crise vasculo-sanguine a permis de découvrir celui qui était responsable des lésions de la peau.

Le tégument est donc parfaitement capable d'être une voie par laquelle peuvent pénétrer des antigènes auxquels l'organisme réagit par des manifestations d'hypersensibilité dont la crise humorale est le témoin.

La médication désensibilisante par voie externe a été expérimentée avec succès ; les applications de doses minimales d'antigènes provoquent des réactions biologiques en miniature qui font disparaître progressivement l'intolérance.

Si l'action des petits chocs a été reconnue efficace dans ces cas on ne peut lui refuser toute valeur quand il s'agit du traitement par la pommade de Brocq.

Il est vrai que nous n'avons pas toujours obtenu des résultats nets, typiques. Mais les expériences des au-

teurs qui ont le mieux étudié l'action des traitements désensibilisants, montrent que la constatation d'un syndrome humoral complet, et même de la leucopénie n'est pas constante.

Moutier et Rachet ont étudié le syndrome hémoclasique et l'autohémothérapie.

Chez onze malades ils ont observé une chute de pression de 1 centimètre à 1 cm 5 portant presque uniquement sur le maxima, une leucopénie de 1.200 à 1.500 avec une chute maxima de 6.000 globules blancs toujours suivie d'une leucocytose antagoniste, une baisse de 800.000 globules rouges, très peu de variation du taux de l'hémoglobine. La formule leucocytaire montrait une prédominance mononucléaire légère.

Ceci n'est déjà pas le reflet humoral typique de la crise hémoclasique. Dans quatre cas le syndrome fut inversé : la pression fut invariable ou s'éleva, le nombre des globules blancs augmenta. L'élévation de la pression maxima fut notée dans deux cas. La formule leucocytaire resta invariable sauf une fois où il y eut de la mononucléose.

Les variations vasculo-sanguines après la pose de ventouses sèches furent très variables, tantôt dans le sens de la leucopénie, surtout dans celui de la leuco-excitation.

Schulmann étudia parallèlement les modifications du chiffre leucocytaire et celles de la tension chez 32 malades traités par l'autohémothérapie. Les résultats furent assez variables :

Hypotension et leucopénie.....	22 fois
Leucopénie sans hypotension	3 »
Hypotension sans leucopénie.....	2 »
Syndrome inversé	1 »
Aucune réaction	3 »

Dans un cas la chute des globules blancs atteignit 4.500. En général elle ne dépassait pas 1.000 à 2.000 leucocytes. L'hypotension variait de 1 à 3 centimètres : le temps de coagulation était peu modifié.

L'auteur recherche la crise humorale après la pose de ventouses sèches. Au contraire de Moutier et Rachet, il constata la leucopénie.

Il ne trouva enfin, comme nous-mêmes, aucun lien entre les troubles vasculo-sanguins et l'évolution de la dermatose.

Ces travaux montrent que la crise leucocytaire n'est qu'un témoin, très important sans doute, mais inconstant, de modifications biologiques dont le mécanisme intime nous échappe encore. Généralement il y a une leucopénie mais l'hyperleucocytose a été notée par de nombreux auteurs.

Or les applications de pommade de Brocq sont suivies, dans la majeure partie des cas, d'une chute leucocytaire manifeste, parfois d'une augmentation du nombre des globules blancs, une seule fois de l'absence de toute réaction.

Nous nous croyons donc autorisés à dire que, de même que de nombreuses substances appliquées sur la peau, la pommade de Brocq provoque un choc.

Cette constatation très importante rend compte de

certaines particularités cliniques de l'évolution du psoriasis sous l'influence du traitement par ce topique.

Nous avons déjà longuement insisté sur l'action à distance qui, la première, a fait penser à un effet interne de la médication.

Nous avons relaté aussi ces améliorations brusques, accélérant du jour au lendemain la cure progressive d'une éruption. Ce phénomène rappelle les brusques modifications du tableau clinique qui suivent la mise en œuvre des grandes thérapeutiques de choc.

Enfin cette interprétation explique d'une façon valable une particularité importante du traitement que nous étudions.

Comme tous les médicaments agissent par choc, la pommade de Brocq ne prévient pas les récives. L'autohémothérapie appliquée au traitement de la furonculose, guérit les lésions en évolution mais n'empêche pas l'apparition ultérieure de nouveaux éléments. Tous les désensibilisants : lait, peptone, magnésie, hyposulfite de soude, autohémothérapie jugulent parfois une poussée d'eczéma : jamais ils ne guérissent définitivement les malades.

Cet ensemble d'arguments est en accord avec l'existence réelle des phénomènes de choc dûment vérifiés par le laboratoire.

Mais il ne suffit pas à convaincre tout le monde de leur action curatrice.

On fait remarquer que les traitements désensibilisants les plus énergiques sont souvent inefficaces dans le psoriasis. Du reste il semble qu'ils n'y soient pas in-

diqués au même titre que dans les affections comme l'urticaire, l'eczéma, les dermites artificielles qui sont souvent le fait d'une hypersensibilité spécifique.

En effet l'autohémothérapie, la peptonothérapie ne donnent pas fréquemment de bons résultats dans le traitement de la dermatose érythémato-squameuse. Mais on ne peut dire que l'amélioration soit toujours nulle.

Nous pensons à tel service de Saint-Louis où la méthode est couramment employée et où on observe des succès. Elle ne semble pas plus mauvaise que telle ou telle médication interne à prétention spécifique.

Car la thérapeutique par choc est depuis longtemps employée dans des cas où elle n'agit pas spécifiquement. Nous citerons l'autohémothérapie utilisée dans la furonculose, le zona, le pityriasis rosé, les injections de lait dans les poussées inflammatoires aiguës.

Dans tous ces cas, les traitements agissent en perturbant brusquement l'organisme, en changeant le milieu intérieur du malade.

C'est de cette façon que nous concevons l'utilité des petits chocs provoqués par la pommade de Brocq : comme beaucoup de médications internes, mais par un mécanisme particulier elles modifient les humeurs : comme l'opothérapie, le traitement spécifique, les rayons U. V., les régimes, comme n'importe lequel des traitements qui ont pu être utiles dans le psoriasis, les petites crises hémoclasiques répétées font partie de l'allassoothérapie, si bien mise en lumière par M. Sézary.

Nous ne voulons pas dire que ce mode d'action soit le seul du traitement par la pommade de Brocq.

THÉORIE MIXTE

L'effet local, *in situ* des topiques est très important et ne saurait être nié ; qu'on l'explique par des processus chimiques, par exemple par des phénomènes de réduction encore bien hypothétiques ; que, se basant sur la clinique laquelle donne toujours un soutien solide, on le comprenne plutôt comme une irritation substitutive, il est démontré par les faits.

Mais les modifications humorales que nous avons montrées sont un adjuvant très probable du traitement local : leur importance ne peut être mesurée, leur efficacité n'est pas certaine dans tous les cas, mais leur constance est presque absolue. Elles seules peuvent expliquer d'une façon satisfaisante l'action à distance et certaines particularités cliniques que nous avons décrites.

La pommade de Brocq constitue donc un traitement mixte, particulièrement intéressant puisqu'il réunit en une seule la médication externe et la médication interne.

Si les tendances modernes de la dermatologie ne sont pas entièrement satisfaites, si la pommade de Brocq n'est un médicament ni étiologique, ni pathogénique, l'étude du mode d'action de celle-ci montre cependant qu'elle est plus qu'un topique, appliqué empiriquement, c'est-à-dire aveuglément, sur une éruption dont nous ne savons pas grand'chose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Robert, 31 ans, entre le 2 février 1931 à la salle Quinquaud pour un psoriasis.

C'est la première poussée de cette affection.

Le début remonte au mois de juillet 1930. La première lésion apparaît à la jambe gauche : de nouveaux éléments se développent ensuite progressivement sur tout le corps, en particulier aux zones d'élection habituelle. Le cuir chevelu est atteint depuis le mois de novembre.

L'examen général ne révèle rien d'anormal. B W = 8-8.

Les traitements habituels, vaseline salicylée et glycérolé cadique, utilisés depuis un mois, n'ont pas amélioré le malade.

Après décapage on applique la pommade moyenne de Brocq. Celle-ci détermine une vive irritation : érythème, accompagné d'un prurit intense, qui empêche le sommeil.

Le troisième jour on est obligé d'interrompre le traitement. On enduit le corps de cérat de zinc qui calme rapidement le prurit : l'érythème disparaît. On essaie alors de couvrir une région limitée, au membre inférieur, avec la pommade forte : cette dernière est beaucoup mieux supportée et provoque seulement un léger érythème, sans prurit.

A partir de ce moment tous les deux jours on met la pommade de Brocq, le jour intermédiaire le cérat de zinc.

Les éléments blanchissent progressivement et régulièrement les lésions du cuir chevelu sur lesquelles on n'a appliqué aucun topique s'améliorent parallèlement.

A partir du 19 février, à un moment où l'éruption était déjà en voie de guérison, on adjoint au traitement des injections d'autohémothérapie, pour éviter les phénomènes d'irritation.

M. Al. sort le 6 mars complètement débarrassé de son éruption.

Le 18 février, recherche de la crise hématique : 9.000. — 7.500.

OBSERVATION 2

M^{me} Ber., 43 ans, entre à l'hôpital le 10 février 1931 pour une poussée de psoriasis.

La première éruption a débuté il y a 6 ans. Depuis il y eut plusieurs poussées successives séparées par des périodes de rémission complète.

Au mois de juin 1930 on fit un traitement par une pommade chrysophanique suivie d'applications de pâte de zinc pour calmer l'irritation. Le blanchiment fut complet au bout de cinq semaines.

La dernière poussée a commencé il y a 2 mois : l'éruption s'est progressivement généralisée jusqu'à l'entrée.

On applique d'abord pendant quatre jours la pommade forte de Brocq qui détermine une très violente réaction érythémateuse généralisée même au visage.

On remplace la pommade de Brocq par le glycérolé cadique : l'inflammation est calmée et on voit aussitôt, très brusquement, le psoriasis s'atténuer d'une façon rapide ; au bout de cinq jours les éléments entièrement décapés, aplatis et pâles,

apparaissent comme des taches claires au milieu de l'érythème persistant.

Les lésions du cuir chevelu, non traitées, sont peu améliorées, moins saillantes et produisant moins de squames qu'au début.

Le 4 mars le blanchiment est complet.

Antécédents : sur la face pigmentation et cicatrices dues à une brûlure de la région temporo-frontale droite dans l'enfance. Deux enfants bien portants, pas de F. C. Métrite et salpingite en 1923.

Le 3 mars, recherche de la crise hématique : 10.200. — 6.000.

OBSERVATION 3

M. Joy, âgé de 58 ans, entre le 13 février, à la salle Quinquaud pour une éruption de psoriasis.

La première apparition de l'affection remonte à 13 ans, constituée par des taches rouges ponctiformes recouvertes de squames blanches. L'éruption a duré 2 mois et demi. Chaque année depuis la première efflorescence, poussée légère.

Antécédents. à l'âge de 13 ans, affection nerveuse ayant nécessité des injection intraveineuses.

A 16 ans, troubles de la vue.

A 21 ans, il perd complètement la vision de l'œil droit ;

Bronchite chaque hiver

Ethyl ++.

Examen : éruption psoriasique siégeant sur les membres inférieurs, surtout à la face externe des jambes et des cuisses, mais aussi dans la région sacrée, aux avant-bras, à la nuque et au cuir chevelu. Le malade se plaint de vives démangeaisons.

Examen général : réflexes rotuliens et achilliens vifs. Cataracte de l'œil droit. Rétrécissement de la pupille droite d'apparence cicatricielle.

La pommade forte de Brocq, appliquée chez ce malade, déjà en proie à un prurit intense, provoque une irritation tellement importante, caractérisée par un érythème généralisé de l'agitation, de l'insomnie, qu'on est obligé d'interrompre complètement la médication. La dermite artificielle est calmée par le cérat de zinc, et à partir de ce moment l'amélioration progressive est si rapide que le malade sort le 18 février complètement guéri de sa poussée, sauf au cuir chevelu.

Recherche de la crise hématique : 12.000 — 11.000.

OBSERVATION 4

M^{me} Gies, âgée de 30 ans, entre à la salle du Castel le 4 mars 1931 pour une poussée de psoriasis.

Début il y a dix ans. Poussées successives presque subintrantes.

La dernière poussée importante, il y a deux ans, a été traitée par des pansements journaliers pendant un an, avec une substance dont le malade ne se souvient pas.

En France, l'année dernière, M^{me} Gies. a bénéficié d'applications de pommade chrysophanique qui ont guéri son éruption en huit semaines.

Actuellement elle présente depuis un mois des éléments sur le tronc, sur les bras, les jambes, sur le cuir chevelu.

L'examen général ne montre rien d'anormal : il n'y a pas eu d'affection grave en dehors du psoriasis.

Avant de commencer les applications de pommade de Brocq quelques épreuves pour la recherche des chocs sont tentées

avec la pommade à la chrysarobine à 2 % avec la pommade pyrogallique à 1 %, enfin avec la pommade moyenne de Brocq sur une région limitée, aux avants-bras. Les résultats des différentes mesures sont consignés plus haut.

Cliniquement la pommade à la chrysarobine et la pommade de Brocq améliorent chacune d'une façon comparable les lésions sur lesquelles elles sont appliquées.

La pommade pyrogallique est nettement moins active chez cette malade.

La pommade moyenne de Brocq est enfin utilisée seule à partir du 12 mars, sauf au cuir chevelu qu'on traite par la pommade jaune.

Le blanchiment est complet quand le malade sort le 5 avril.

OBSERVATION 5

M^{me} Bour., âgée de 49 ans, entre le 29 avril 1931 pour un psoriasis généralisé.

Première poussée il y a 22 ans après une violente frayeur. Eruption traitée par Brocq : vaseline salicylée, huile de cade, une pommade composée.

Deuxième poussée il y a 8 ans soignée par Thibierge : vaseline salicylée, pommade à l'ichtyol.

Les deux efflorescences ont blanchi lentement sans qu'on puisse préciser la durée exacte du traitement.

La troisième poussée a débuté il y a deux mois par des lésions aux coudes. Actuellement éruption généralisée avec maximum aux zones d'élection. Il y a quelques éléments à la partie supérieure du visage.

La malade se plaint de prurit.

Examen général : malade obèse ; pas de règle depuis 7 mois : hypertension : 22-12,5 ; W = 8.

La pommade forte de Brocq améliore rapidement cette malade. Les lésions de la face non traitées blanchissent parallèlement. Le 23 mai M^{me} Bour. sort guérie de son éruption.

Recherche de la crise hématique le 11 avril : 10.400 — 8.700.

OBSERVATION 6

M^{me} Del., âgée de 26 ans, entre le 16 avril pour une première poussée de psoriasis.

Début il y a un mois au membre inférieur droit ; apparaissent ensuite des éléments à la paupière inférieure gauche ; enfin l'éruption se généralise au visage, aux coudes, au cuir chevelu, à la région sacrée, sur les membres supérieurs. Pas d'éléments au genou.

On soigne les éléments du corps avec la pommade moyenne de Brocq et on laisse ceux du visage et du cuir chevelu sans aucun traitement. Les lésions traitées s'améliorent mais à la face l'éruption semble s'étendre et est très irritée ; on applique alors de la vaseline salicylée à cet endroit. L'irritation se calme mais l'état reste stationnaire pendant longtemps. Enfin quand le corps est complètement guéri, le psoriasis de la face se met à régresser rapidement et la malade sort guérie le 24 mai 1931.

On s'est demandé si l'absence d'amélioration générale sous l'influence du topique ne se traduisait pas biologiquement par un choc moins intense que d'habitude ou inexistant.

Recherche de la crise hématique : 8. 200 — 7.100.

Chez cette malade la pommade à la chrysarobine ne donne pas de choc : 9.400 — 9.600.

OBSERVATION 7

M^{me} Cons., entre le 2 avril à la salle du Castel pour une poussée de psoriasis.

La première poussée a eu lieu il y a un an ; il y avait des éléments au cuir chevelu et à la cuisse ; la chute des cheveux dont la malade se plaint depuis longtemps s'accélère.

Traitée à Broca par un topique dont elle ne se souvient pas, la malade guérit en 15 jours ; mais les éléments réapparaissent immédiatement après.

En décembre, hospitalisée dans le service elle est blanchie par la pommade de Brocq en un mois.

Mais au mois de mars elle a de nouveaux éléments caractéristiques.

Antécédents : fièvre typhoïde en 1914. Chute facile des cheveux depuis. — Le traitement par le glycérolé cadique provoque une acné. Après la guérison de cette complication, on applique la pommade de Brocq ; le traitement améliore non seulement les lésions traitées directement, mais le cuir chevelu.

Au milieu du mois d'avril un aspect un peu opalescent des urines fait pratiquer un examen ; on constate des traces d'albumine et quelques hématies. Malgré la continuité du traitement l'albuminurie disparut en quelques jours.

M^{me} Cons., sortit le 20 mai. Il persistait seulement quelques éléments du cuir chevelu qui avaient réapparu après guérison complète.

Recherche de la crise hématique :

1^{er} mai 8.000 — 5.600. Pommade de Brocq.

4 mai 7.700. — 7.500. Chrysarobine.

OBSERVATION 8

Boc., âgé de 35 ans, gardien de la paix, entre le 1^{er} mai pour une éruption de psoriasis.

Celle-ci a débuté il y a 15 jours et occupé progressivement tout le corps : membre inférieur, abdomen, thorax, avant-bras, coudes, front, cuir chevelu.

Le malade se plaint de prurit aux membres inférieurs.

La première poussée a eu lieu en 1916 ; depuis lors il n'y eut pas d'autre éruption, mais il se produisit passagèrement quelques éléments isolés.

La pommade forte de Brocq appliquée les premiers jours n'est pas tolérée : elle détermine un érythème généralisé accompagné d'une sensation de prurit, d'ardeur douloureuse, insupportable.

La pommade moyenne n'est pas mieux supportée.

On est obligé de se contenter d'un traitement par la vaseline salicylée.

Le malade sort blanchi, en dépit de cela, le 15 juin.

Recherche de la crise hématique :

3 mai : 10.500 — 10.900.

6 mai : 7.500 — 5.200.

OBSERVATION 9

Coq., âgé de 40 ans, entre pour une poussée de psoriasis.

Le début de l'affection remonte à 1908. Depuis il y eut une vingtaine d'éruptions au cours desquelles un très grand

nombre de traitements furent essayés : pommade chryrophanique, huile de cade, goudroline, enfin pommade de Brocq. Toutes ces médications eurent un bon résultat, blanchissant le malade en 15 jours au moins, 1 mois 1/2 au plus.

Depuis qu'il a été traité par la pommade de Brocq, c'est le topique qu'il préfère : c'est celui-ci qui agit le mieux chez lui.

Deux faits sont intéressants dans son histoire :

1^o Prisonnier pendant la guerre, soumis pendant sa captivité à un régime presque hydrique, il n'eut pas de poussées pendant de longs mois. Dès son retour à une vie normale et à une nourriture plus abondante il eut de nouvelles efflorescences.

2^o Il contracta la Σ en 1917 et fut traité régulièrement pendant 3 ans : quatre séries de 914 dont 6 injections de 0,90, luatol, quinby, etc. Des éléments persistants de psoriasis ne furent pas modifiés par le traitement spécifique. Pendant la guerre une série commencée en pleine poussée n'en a pas arrêté l'évolution.

Examen : psoriasis généralisé. Aucun signe de Σ cutanée ni viscérale. BW = 8. En février 31 PL = L 2,2 ; W = 8, alb., 0,30.

Blanchiment rapide en vingt jours par la pommade forte de Brocq, les éléments du visage traités par une pâte à l'ichtyol guérissent très vite en 15 jours.

OBSERVATION 10

M. Lomb., 52 ans, vient à la consultation le 29 avril 31.

Psoriasis des coudes, des avant-bras, des mains ; deux placards à la jambe droite, nombreux placards à la face de flexion de la jambe gauche : éléments dans la région périombilicale.

Le début remonte au mois de novembre 1917 ; les premiers éléments apparaissent à la jambe droite blessée deux ans auparavant.

H. Wolff.

Les traitements antérieurs : Oléocade Pepin, goudroline, pommade soufrée, restèrent sans résultat.

Le 4 mai on prescrit la pommade de Brocq. Le 23 mai il n'y avait aucune amélioration. Mais en réalité le traitement avait été très mal fait. On écrit une ordonnance détaillée.

Huit jours après le 30 mai on note une très grande amélioration, tous les éléments sont décapés, ont pâli, et ne sont plus saillants.

Le 20 juillet on note la disparition de tous les éléments sauf aux avant-bras. Les éléments du cuir chevelu en particulier ont guéri sans traitement local. Le traitement a été mal fait pendant les derniers jours.

Recherche de la crise hématique : 8.200 — 6.700.

OBSERVATION 11

M. Cour., 38 ans, entre pour une éruption généralisée de psoriasis le 1^{er} avril.

Début il y a un mois 1/2 par de petits éléments sur les avants-bras. Les lésions ont conflué aux avants-bras, et ont gagné le dos des mains, les cuisses, la jambe gauche, la région lombaire et sacrée, le cuir chevelu et le haut du front. Prurit léger.

Traité par la pommade de Brocq à partir du 8 avril, il sort blanchi le 25. Les lésions du cuir chevelu ont été soignées avec de la vaseline salicylée.

OBSERVATION 12

M^{me} Del, âgée de 25 ans, est examinée à la consultation le 1^{er} juillet 31. Elle présente à la jambe gauche 14 éléments, à la jambe droite 12, tous très effacés.

Début il y a 10 ans, après un accident important, par une éruption généralisée à tout le corps sauf au visage. Cette poussée dure 1 mois, traitée par des injections sous-cutanées d'arsenic, une pommade à l'huile de cade et au goudron, puis la traumaticine à la chrysarobine.

Toutes les lésions disparaissent sauf aux jambes où il persiste des éléments indélébiles.

Deuxième poussée généralisée il y a quatre ans. Traitement : liqueur de Fowler, palpitations à 17 gouttes. Guérie en 1 mois par la même pommade à l'huile de cade et au goudron ; mais les lésions des jambes ne disparaissent pas de même que des éléments aux coudes.

La malade vient dans le service pour la première fois en mai 29. Le psoriasis des jambes est traité successivement par le glycérolé cadique, les injections intraveineuses d'énésol, les rayons ultra-violets associés à la chrysarobine et à l'huile de cade sans résultat.

Le 7 novembre 30 on applique la pommade forte de Brocq. 12 jours après une grande amélioration montre que seul ce topique mord sur le psoriasis. Depuis les progrès continuent et actuellement les éléments arrondis ont une dimension de 3 centimètres, ne sont pas saillants, sont rose bistre ; le grattage méthodique amène avec peine quelques squames blanches caractéristiques.

OBSERVATION 13

M. Sch., 33 ans, consulte le 1^{er} mars 31. Il est atteint de psoriasis depuis 1921. Il n'a que quelques éléments isolés jusqu'en 27 qui réagissent bien au traitement par le goudron.

A partir du 27 il a de nombreuses poussées généralisées. Il utilise successivement :

Janvier 1928	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Peptone 2 ou 3 fois par semaine} \\ 20 \text{ piqûres} \\ \text{Calomel en comprimé} \\ \text{Ichtyol} \end{array} \right.$	$\left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Peptone 2 ou 3 fois par semaine} \\ 20 \text{ piqûres} \\ \text{Calomel en comprimé} \\ \text{Ichtyol} \end{array}} \right\} \text{ sans résultat}$
Avril 1928	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Psothanol, 3 cc., 2 par semaine} \\ \text{Régime végétarien} \\ \text{R. U. V.} \\ \text{Electricité statique} \end{array} \right.$	$\left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Psothanol, 3 cc., 2 par semaine} \\ \text{Régime végétarien} \\ \text{R. U. V.} \\ \text{Electricité statique} \end{array}} \right\} \begin{array}{l} \text{Guérison totale} \\ \text{aux jambes, par-} \\ \text{tielle au corps} \\ \text{A la fin du} \\ \text{traitement pous-} \\ \text{sée très violente.} \end{array}$

Juillet 28. — 10 injections de Muthanol, deux par semaine sans succès.

En octobre 21 on lui fait trois fois par semaine une injection de Plasma de quinton. En même temps on lui applique une pommade du baume Baissade au quart. Les éléments disparaissent presque complètement au bout de trois mois : mais l'affection reprend progressivement malgré la continuité du traitement.

En mars 30 on lui fait 10 injections de 0,20 d'Allochrysine, deux par semaine. Aucun résultat.

En décembre 30, 10 piqûres de soufre et iode, en janvier 31 10 injections de Psothanol sont faites infructueusement.

Mis à la pommade moyenne de Brocq et à l'Enesol le 1^{er} mars, il est très amélioré le 16. Le 28 mars il ne reste plus de l'éruption généralisée que quelques éléments, à la face, au cou, au poignet, aux jambes. Celles-ci sur lesquelles on a appliqué la pommade de loin en loin sont très améliorées.

Le 4 avril les progrès ayant continué, on fait suspendre le traitement local.

Le 18 avril, malgré la continuité des injections d'énésol, le psoriasis insuffisamment guéri et non traité *in situ* avait récidivé : réapparition d'éléments nombreux sur les bras et

sur le tronc. On recommence les applications de pommade de Brocq.

Le 8 mai, le résultat est remarquable mais il persiste une vaste nappe de très petits éléments sur le dos et le ventre.

OBSERVATION 14

M^{lle} Men, 8 ans, vient consulter le 28 juin 30.

Les éléments de psoriasis sont localisés aux deux genoux. On fait appliquer le glycérolé cadique fort.

Le 6 septembre on note une amélioration légère suivie d'une récurrence malgré le traitement. On fait reprendre le traitement auquel on ajoute des injections d'énésol.

Le 2 mai 31, la mère de la malade dit que sa fille a reçu 6 injections d'énésol en octobre 30 sans résultat. Ensuite elle a été mise pendant deux mois au glycérolé cadique fort et à l'autohémothérapie. Pas d'amélioration.

Actuellement lésions très nombreuses : genoux, face interne des jambes, coude droit, poignet gauche, doigts. On note des éléments isolés à l'aiselle droite, à l'angle interne de l'œil gauche, au flanc gauche, au cuir chevelu, au sillon fémoro-vulvaire.

On prescrit la pommade de Brocq moyenne.

Le 18 mai on ne constate aucun changement : le traitement n'a pas été fait.

Le 28 mai, grande amélioration.

Après cette date il y eut 9 applications de pommade de Brocq. Le 6 juin se déclare une rougeole : à ce moment des lésions avaient presque complètement disparu ; en particulier celle du cuir chevelu sur lesquelles on n'avait appliqué aucune pommade. La rougeole complète le blanchiment.

OBSERVATION 15

Foun., 31 ans, vient consulter le 24 avril 31.

Les deux sillons naso-géniens sont occupés symétriquement par des lésions simulant des eczématides de la face.

Il y a des éléments typiques de psoriasis au tronc, au cuir chevelu, aux membres supérieurs.

On fait appliquer la pommade de Brocq sur le corps, la pommade de Sabouraud sur le visage.

Le 22 mai, les lésions sont très améliorées.

Au mois de juin tous les éléments du corps ont disparu : mais il n'y a pas eu d'action à distance sur le psoriasis du cuir chevelu.

OBSERVATION 16

Dub., 30 ans, vient consulter le 25 avril 31.

Il y a des placards nombreux de psoriasis typique, sur le tronc, les membres, le cuir chevelu. Traitement : Pommade de Brocq.

11 mai. — Tous les placards du corps ont disparu. A la place des anciens éléments on voit une tache claire tranchant sur les téguments voisins irrités par la pommade.

Au centre de certaines des anciennes lésions on distingue une très petite lésion érythémato-squameuse, amorce probable d'une nouvelle poussée. Le traitement avait été abandonné depuis quelques jours.

23 mai. — Guérison complète de la récente poussée.

OBSERVATION 17

M^{lle} Bod., âgée de 12 ans, consulte le 26 mars pour une poussée de psoriasis.

Le début remonte à deux mois. Il y a de petits éléments érythémato-squameux aux coudes et aux genoux.

Une première éruption non traitée il y a 4 ans a duré **4 mois**.

Le 2 avril, on ordonne les applications de pommade de Brocq

Le 30 avril, guérison de la poussée.

OBSERVATION 18

Eis., âgée de 17 ans, vient consulter le 1^{er} juillet 31 pour le psoriasis.

Le début de celui-ci remonte au mois de décembre 30 par des éléments au coude gauche. L'aggravation est progressive ; en deux mois les faces d'extension des membres supérieurs et inférieurs sont recouvertes de nombreuses lésions érytémato-squameuses. Le cuir chevelu est atteint depuis trois mois.

La pommade jaune sur la tête l'améliore en trois semaines ; la vaseline salicylée ordonnée dans le service n'influe pas sur l'évolution de l'affection ; la pommade de Brocq n'est pas appliquée.

Depuis 6 semaines la malade fait chaque soir une application de Baume Daissade. Ce traitement améliore un peu les lésions. Le 21 juillet après trois semaines d'onctions quotidiennes à la pommade de Brocq, les éléments des membres

supérieurs ont complètement disparu : il y a eu un vif érythème chrysophanique qui fut calmé par le cold cream.

Aux membres inférieurs où le topique n'a pas provoqué de réaction irritative des éléments persistent encore très atténués.

OBSERVATION 19

M. Dam., âgé de 23 ans, entre le 7 novembre 30 à la salle Quinquaud pour un psoriasis généralisé typique.

En 1916 il a eu la première poussée. Depuis il a présenté de petits éléments durant peu, guérissant spontanément.

L'examen viscéral ne montre rien d'anormal ; en particulier le poumon est sain (le malade a présenté 2 jours après son entrée un crachat strié de sang).

La pommade moyenne de Brocq guérit la poussée en 15 jours.

OBSERVATION 20

M. Bout, âgé de 17 ans, entre le 4 mars pour une poussée de psoriasis.

Le début remonte au mois de décembre 1930. Le malade a été traité à l'hôpital de Nevers par des applications de glycérolé cadique, des bains sulfureux, des injections sous-cutanées de cacodylate de soude sans aucun résultat : il est envoyé alors à l'Hôpital Saint-Louis.

La première poussée du psoriasis en septembre 28 a duré 6 mois : traitée à l'hôpital de Nevers par le glycérolé cadique, elle a guéri en 28 jours.

Après décapage par la vaseline salicylée on applique la pommade forte de Brocq qui blanchit le malade en 15 jours.

OBSERVATION 21

M^{me} Gab, âgée de 58 ans, entre dans le service le 3 juillet 1930 pour une éruption généralisée.

En pleine santé apparente en mai 1930, la malade a vu apparaître deux petites lésions de la nuque, en goutte, rouges et douloureuses. Puis les éléments sont nés progressivement en d'autres régions et il y a 15 jours l'éruption s'est généralisée.

L'éruption est disséminée sur tout le corps, sur le cuir chevelu.

Pendant un certain temps on ne sut s'il s'agissait d'eczématides ou de psoriasis car le signe de la rosée sanglante n'apparaissait pas nettement. Les traitements par la pâte à l'ichtyol, les injections et ingestions d'Emgé donnèrent une amélioration passagère.

En octobre M. Sézary constata des lésions plus étendues, ressemblant davantage à du psoriasis. On appliqua alors le glycérolé cadique.

Le 20 octobre, il y a une amélioration de toutes les lésions. On commence le traitement par la pommade de Brocq.

Le 28 octobre, les progrès sont très importants.

Le 4 novembre, l'état est très bon mais il y a une rougeur diffuse des membres inférieurs.

OBSERVATION 22

M. Lab., âgé de 24 ans, est examiné le 1^{er} juillet 1931.

La première poussée de psoriasis a eu lieu il y a deux ans. Elle a été soignée avec des injections de Psorhanol, 20 piqûres, 2 par semaine et une pommade chrysophanique forte à 10 %. Elle fut jugulée en 2 mois.

La deuxième éruption débuta il y a trois mois : elle était généralisée sauf au visage. C'était un psoriasis circiné syphiloïde (BW = 8). La pommade moyenne de Brocq entraîna une amélioration rapide bien qu'elle fût très mal appliquée, 2 fois ou même 1 fois par semaine seulement. Actuellement il persiste encore quelques éléments très effacés au corps et aux membres supérieurs.

OBSERVATION 23

Dor., âgé de 26 ans, entre dans le service le 1^{er} octobre 1930 pour une éruption psoriasique généralisée.

Celle-ci débuta il y a 2 mois 1/2. Le malade consulta à Saint-Louis où on prescrivit des bains alcalins et de la pommade à l'oxyde jaune.

Mais l'éruption se généralisa.

Les éléments de psoriasis typique sont disséminés partout sauf au cuir chevelu et sur les bourses.

Cette poussée est la première manifestation du psoriasis.

On décape avec la vaseline salicylée et on fait 10 injections intraveineuses d'énésol. Devant l'insuffisance des résultats on applique, le 27 octobre 1930, la pommade de Brocq et, le 7 novembre, le malade sort blanchi.

OBSERVATION 24

M^{lle} Bal., âgée de 26 ans, vient consulter pour un psoriasis le 1^{er} juillet 1931.

Le psoriasis a débuté il y a deux ans dans la région sacrée, quelques éléments apparaissent ensuite sur le corps, aux coudes et aux genoux. Depuis trois mois le cuir chevelu est atteint.

Enfin il y a un mois commence une poussée plus importante qui généralise de petits éléments à tout le corps sauf à la partie inférieure du visage.

Depuis un mois la malade a fait des applications de glycérolé cadique sans aucun résultat.

On prescrit la pommade moyenne de Brocq.

Le 16 juillet. — Amélioration nette des éléments de psoriasis; mais au thorax érythème violacé donnant à la malade une sensation de brûlure.

Le 21 juillet. — Guérison de tous les éléments du corps sauf à la partie supéro-externe des cuisses où persistent encore quelques discrets éléments leuciculaires : blanchiment des lésions du front sur lesquelles on n'a appliqué aucun topique.

OBSERVATION 25

M^{me} Dup., âgée de 33 ans.

La première poussée de psoriasis commence en octobre 1930 par de petits éléments aux jambes et à la tête. Une pommade noire ordonnée dans un dispensaire est sans effet.

La malade entre dans le service de M. Sézary le 26 novembre. On applique la vaseline salicylée pendant trois jours puis la pommade de Brocq tous les jours.

Le blanchiment est obtenu en un mois.

La deuxième poussée se produit en juin 1931. Au début du mois de juillet la malade vient consulter. Elle présente de larges plaques aux bras, avants-bras, aux cuisses, aux jambes, aux fesses, à la région lombaire, au cuir chevelu. On applique

la pommade moyenne de Brocq. L'éruption disparaît en trois semaines : à ce moment on ne voit plus de lésions au cuir chevelu, aucun élément bien qu'on n'y ait fait aucun traitement. Il persiste seulement deux petits éléments dans la conque de chaque oreille. La place des anciennes lésions se dessine en clair sur le fond légèrement rouge des téguments irrités par le topique.

OBSERVATION 26

M. Sen., âgé de 45 ans.

Début du psoriasis à l'âge de 14 ans.

Nombreuses poussées : la plupart semblent provoquées par le surmenage physique et surtout moral. Entre les périodes d'activité seules persistent les lésions du cuir chevelu.

Un grand nombre de traitements ont été essayé : huile de cade, chrysarobine, acide pyrogallique, cuti-cura, procuta. Tous ces traitements externes, bien appliqués pourtant, ont été absolument sans effet : le malade avait fini par se servir d'un produit spécialisé, la pommade Berno, sans grande action, mais du moins aussi peu irritante que possible. Car les autres produits actifs déterminaient chez lui des sensations de brûlure ou de l'érythème.

Un traitement interne, l'injection intraveineuse d'arsénobenzol, donna un très bon résultat en 1916, mais accompagné de réactions secondaires tellement désagréables que le malade ne voulut plus qu'on essayât cette méthode.

Au mois de février 31, à la suite de graves soucis, il a en même temps qu'une poussée de psoriasis banal une périarthrite du coup de pied droit : infiltration de la partie interne de la cheville, douleur à la pression de la gaine du jambier posté-

rieur et des muscles fléchisseurs en arrière et sous la malléole interne ; il prend de l'Iodaseptine à la dose de 40 gouttes par jour en augmentant de 2 gouttes par jour. Au bout de cinq jours de traitement, le psoriasis prend une forme extensive ; de nombreux éléments leuciculaires apparaissent sur tout le corps sauf sur le visage et confluent bientôt sur l'abdomen et la région lombaire en deux nappes ininterrompues ; la desquamation est très abondante. Chaque matin on ramasse les squames « à la pelle ». Aux peids et aux mains il se forme des crevasses très douloureuses. Il n'y a pas de prurit mais les mouvements du tronc sont vivement sensibles. Le malade a peu d'appétit et maigrit.

Devant ce tableau analogue à celui des érythrodermies secondaires du psoriasis on prescrit le repos complet, le régime lacto-végétarien, et les grands bains prolongés.

Au bout de quinze jours, la desquamation est bien moins importante. Les crevasses des mains et des pieds ont disparu. L'état général est meilleur.

Mais le psoriasis continue sa marche extensive et de nouveaux éléments apparaissent chaque jour.

On applique pendant quelques jours la vaseline calicylée ; puis on essaie prudemment le glycérolé cadique pendant huit jours aux deux bras ; on n'obtient aucun résultat.

On tente alors contre ce psoriasis qui empêche toute vie active un traitement plus fort par la pommade moyenne de Brocq.

Mais, rendu sceptique par les nombreux essais précédents, le malade demande qu'on lui couvre seulement, au tiers inférieur de l'avant-bras, quelques éléments nummulaires analogues à ceux qu'on voit sur le reste du membre : on met la pommade le soir, on l'enlève le lendemain matin. Au bout de trois jours les lésions sur lesquelles a agi la pommade de Brocq sont pâles et aplaties.

Progressivement on généralise le traitement à tout le corps sauf au cuir chevelu : application de l'onguent chaque soir,

bain alcalin le matin suivi d'une onction au cérat de zinc les quinze premiers jours pour calmer l'irritation.

Au cours de ce traitement nous avons suivi à plusieurs reprises des érythèmes violacés très foncés, à début assez brusque, fixes, ne s'accompagnant pas de prurit et guérissant en huit jours malgré la continuité des applications.

L'amélioration est régulière et rapide, les éléments disparaissent comme effrités, rongés sur leur bord ; les lésions du cuir chevelu invétérées depuis des années disparaissent au bout de 15 jours sans traitement particulier.

Après un mois et demi d'applications quotidiennes un grand nombre de plaques de psoriasis ont disparu, celles des genoux, des cuisses, de la partie supérieure du dos, des avant-bras. Toutes les autres sont très améliorées : le grand placard abdomino-lombaire se morcelle et forme maintenant une sorte de réseau à mailles blanches très larges.

Jusqu'à présent on avait observé une amélioration journalière régulière qui semblait due nettement à une attaque directe du médicament sur les tissus malades.

Brusquement il se produisit une sorte de crise, telle qu'en cinq jours tous les éléments persistant disparurent. Nous insistons ailleurs sur cette évolution curieuse qui paraît témoigner d'une action interne énergique de la médication.

OBSERVATION 27

M^{me} Marg., âgée de 58 ans, entre le 25 juin 1931 à la salle du Castel pour une poussée de psoriasis.

Les éléments nés il y a huit jours siègent au cuir chevelu, à la face antérieure du thorax, aux coudes, à la région sacrée.

La malade a eu déjà 6 éruptions généralisées.

Les applications de pommade moyenne de Brocq agissent rapidement.

Le 13 juillet, la malade sort complètement blanchie. Les éléments du cuir chevelu bien qu'on n'y ait mis aucun topique ont été guéris parallèlement au reste de l'efflorescence.

Recherche de la crise hématique le 3 juillet : 4.300 — 6.100.

CONCLUSIONS

1° Les traitements internes et externes habituels du psoriasis ont une action inconstante.

2° La pommade réductrice composée de Brocq nous paraît la meilleure des médications qu'on puisse appliquer à cette dermatose. Elle permet le plus souvent d'obtenir des résultats rapides et ne présente que de légers inconvénients.

3° Le mode d'action de ce topique dit réducteur n'est pas expliqué d'une façon satisfaisante par la théorie purement chimique de Unna.

4° La pommade composée de Brocq a parfois une action à distance dont cette théorie, en tous cas, ne peut donner l'interprétation.

5° Or son application sur le psoriasis est, d'une manière générale, suivie d'une crise hématique, le plus souvent d'une leucopénie, quelquefois d'une hyperleucocytose. Ces modifications du nombre des globules blancs sont le témoin biologique d'un choc humoral.

6° Ce phénomène, analogue à celui qu'on observe après l'injection de substances désensibilisantes, peut sans doute, comme dans ce dernier cas, avoir une vertu curatrice.

7° L'action du traitement par la pommade réductrice composée nous semble déclenchée par un mécanisme mixte : un processus local, indéniable, mais dont la nature est encore mystérieuse, aidé et complété, dans certains cas au moins, par de brusques perturbations humorales.

Vu, le doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
J. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- A. SÉZARY et Robert WORMS. — Sur le mode d'action des topiques dits réducteurs dans les dermatoses (Traitement local et crise leucopénique) (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1929 ; *Société de Biologie*, 15 décembre 1928).
- A. SÉZARY. — Les traitements internes et la pathogénie du psoriasis (*Pratique médicale française*, août 1926).
- WIDAL ABRAMI et BRISSAUD. — Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie (*Presse médicale*, 3 avril 1920).
- F. WIDAL, P. ABRAMI et Ed. JOLTRAIN. — Anaphylaxie à l'ipéca. Un cas d'eczéma par contact avec l'émétine. Un cas d'asthme par inhalation de poudre d'ipéca. Désensibilisation par voie sous-cutanée (*Presse médicale*, 22 avril 1922).
- GOUGEROT et BLAMOUTIER. — Intolérance anaphylactique aux applications médicamenteuses externes : huile de cade. Désensibilisation (*Soc. med. des hôp.*, 5 mai 1922).
- GOUGEROT et BLAMOUTIER. — Dermite érythémateuse professionnelle due à la poudre de palissandre. Anaphylaxie. Crise hémoclasique par application externe. Désensibilisation par voie épidermique (*Soc. med. des hôp.*, 5 mai 1922).
- FLANDIN. — *Société médicale des hôpitaux*, 11 février 1927, p. 188.
- RAVAUT et SPILLMANN. — Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées (II^e Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française).
- Pasteur VALLERY RADOT et M^{lle} V. HEIMANN. — Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées.

- PLICHET. — La leucocytose digestive (*Thèse*, Paris, 1924).
- BROCQ (L.). — *Cliniques dermatologiques*, 1^{re} série, 1924, 2^e série.
- LEISTIKOW. — Thérapeutique des maladies de la peau. Traduction et annotations par le Dr Darier, 1900.
- VEYRIÈRES et HUERRE. — Traitement externe des dermatoses, 1924.
- UNNA. — Thérapeutique générale des maladies de la peau, 1908.
- MOUTIER et RACHET. — Syndrome hémoclàsique et autohémothérapie. Syndrome hémoclàsique et ventouses sèches (*Société de Biologie*, 13 janvier 1923).
- NICOLAS GATE, DUPASQUIER et DUMOLLARD. — Hétérohémothérapie dans la furonculose et l'anthrax. Signification biologique.
- SCHULMANN. — Autohémothérapie en dermatologie. Mécanisme de son action. (*Presse médicale*, mars 1924).
- DAUBRESSE-MORELLE. — Traitement du psoriasis par les rayons ultra-violet (Soc. belge de Radiologie, 8 déc. 1929).
- DAUBRESSE-MORELLE (E.). — L'actinothérapie générale associée aux applications de goudron dans le traitement du psoriasis (*Paris médical*, 12 avril 1930).
- RAVAUT. — Essai d'autodermothérapie par l'électrocoagulation. Présentation de deux malades atteints de psoriasis. Traitement par cette méthode (*Bull. de la Société de Dermatologie*, mai 1927).
- BURNIER et LOTTE. — Traitement du psoriasis par le prothanol (Soc. franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 12 juillet 1928).
- BUSQUET. — L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses et particulièrement du psoriasis (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet 1930).
- JAUSION, DEBUCQUET, PECKER. — Recherches thérapeutiques sur le psoriasis, sa cure bismutho-arsénopyridinique (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 27 mars 1929).
- LÉRI et LIÈVRE. — L'action de la médication radioactive (thorium X) sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques (*Bull. Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 25 nov. 1929).
- LEVY-FRANCKEL et JUSTER. — Recherches sur le psoriasis et

résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines.

MASSON. — Une méthode pratique de traitement du psoriasis (*Journal médical français*, 1929).

PRAT. — Des traitements actuels du psoriasis (*Thèse Paris*, 1929).

RAVAUT, BITH, DUCOURTIOUX. — L'action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis (*Bull. de la Soc. Derm. et de Syph.*, juin 1925).

ARCHAMBAULT et MARIN. — Polyradiothérapie du psoriasis (*Bruxelles médical*, nov. 1928).

Imprimerie des PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. — Paris-Saint-Amand
2-12-1931
